

Institut für Europäische Ethnologie an der Humboldt-Universität zu Berlin  
Philosophische Fakultät I

INAUGURALDISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES DOCTOR PHILOSOPHIAE

**Verhandeln + Behandeln =  
Psychologisierung menschlicher  
Leidenserfahrungen.  
Therapieerfahrungen bosnischer  
Flüchtlinge in Berlin.**

Anne-Kathrin Will

Dekan: Prof. Dr. Christof Rapp

Erstgutachter: Prof. Dr. Stefan Beck

Zweitgutachter: Prof. Dr. Manfred Zaumseil

eingereicht am 17. Dezember 2008

verteidigt am 24. Juni 2009

#### Schlagworte Deutsch:

Posttraumatische Belastungsstörung, bosnische Kriegsflüchtlinge, Psychotherapie, Medikalisierung, Aufenthaltsrecht für Flüchtlinge in Berlin

#### Keywords English:

Posttraumatic stress disorder [PTSD], Bosnian refugees, psychotherapy, medicalization, residential status of refugees in Berlin

#### Abstract Deutsch:

In den Jahren 1992-1995 kamen ca. 35 Tausend bosnische Kriegsflüchtlinge nach Berlin und wurden vorübergehend geduldet. Nach Kriegsende 1995 sollten sie schnellstmöglich wieder zurückkehren. Traumatisierte und Ältere ohne Angehörige im Heimatland wurden weiterhin geduldet bis Bosnien-Herzegowina wieder aufgebaut ist. Doch der Wiederaufbau verlief schleppend. Mit dem Friedensvertrag von Dayton begannen nicht Frieden und Wiederaufbau, sondern die Konsolidierung der ethnischen Grenzen in demokratischen Strukturen. Deshalb sahen viele Flüchtlinge keine Möglichkeit in ihre Heimatorte zurückzukehren und versuchten ihre Rückkehr hinauszuschieben. Möglich war dies mithilfe der Attestierung einer kriegsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörung und ihre psychotherapeutische Behandlung, die den Inhabenden und ihren Familienmitgliedern eine Aufenthaltsverlängerung ermöglichte und ab dem Jahr 2000 den Erhalt eines dauerhaften Aufenthaltstitels.

Die Verbindung einer psychischen Krankheit und ihrer Psychotherapie mit einem Aufenthaltsrecht ist neu in der Geschichte des deutschen Ausländerrechts und obwohl Berliner Psychiater, Psychiaterinnen, Psychologinnen und Psychologen maßgeblich an der Schaffung der „Traumatisiertenregelung“ beteiligt waren, wurden ihre Atteste von der Berliner Verwaltung in Frage gestellt.

In der Dissertation werden die Standpunkte der Flüchtlinge, Behandelnden und der Verwaltung dargelegt und ihre Interaktionen beschrieben. Die Rolle des Krankheitskonzeptes der Posttraumatischen Belastungsstörung wird als "boundary object" (Star/Griesemer 1989) untersucht. Der Schwerpunkt liegt auf den Lebenswelten und Taktiken der Flüchtlinge, sich in Berlin zurechtzufinden und Anerkennung und Verständnis für ihre Situation zu finden. Ihre Bedürfnisse wurden in einen psychotherapeutischen Bedarf übersetzt und damit den Berliner Psychotherapeutinnen und -therapeuten ein neues Betätigungs- und Professionalisierungsfeld geboten, was kritisch hinterfragt wird.

#### Abstract English:

From 1992 until 1995 about 35 thousand Bosnian war refugees fled to Berlin and were allowed to stay temporarily. After the end of the war in 1995 they were expected to leave as soon as possible. Traumatized persons and elderly without relatives in Bosnia had the possibility to prolong their visa until Bosnia is reconstructed. But the rebuilding process progressed only slowly. With the end of the war did not start the expected peace time and

rebuilding but the consolidation of ethnic borders inside democratic structures. Therefore many refugees did not see a possibility to return to their property and tried to delay their return. This was possible with an medical statement certifying a war related posttraumatic stress disorder and their psychotherapeutic treatment. These medical statements ensured the extension of the visa for the concerned person and its family members. From 2000 onwards they could receive a permanent residence title.

The connection of a mental illness and psychotherapy with residence entitlements is a novelty in the German aliens law. And despite the fact that psychiatrists and psychologists from Berlin were leading actors in the establishment of the „regularization of the traumatized“ their medical/psychological statements were impeached by the authorities. The dissertation describes the viewpoints of refugees, treating physicians and psychologists and the authorities and how they interact with each other. Additionally is the concept of posttraumatic stress disorder examined and discussed as „boundary object“ (Star/Griesemer 1989). An important aspect is the description of life worlds and tactics of the refugees to get along in Berlin, to gain respect and appreciation for their situation. Their needs were translated into a psychotherapeutic demand and this led to the invention of a new field of work and professionalization for psychotherapists in Berlin. This development is critically reflected.

## **Danksagung**

Ich danke allen Menschen, die mich in den letzten Jahren unterstützt und ermutigt haben, mir den Rücken frei- und mich aushielten. Ich danke meinen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern für die Offenheit und Bereitschaft, mir ihre Welt zu erklären.

## Abkürzungsverzeichnis

ABH	Ausländerbehörde
APA	American Psychiatric Association
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAFF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAFI	Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BZFO	Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin
CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V.
DID	Dissociative Identity Disorder
DIS	Dissoziative Identitätsstörung
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
E.Bos.	Berliner Weisung bosnisch-herzegowinische Staatsangehörige betreffend
EKT	Elektrokrampftherapie
EMDR™	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GÜB	Grenzübertrittsbescheinigung
ICD	International Classification of Diseases
IES	Impact of Events Scale
IES-R	Impact of Events Scale – Revised
IMK	Ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder
INS	Immigration and Naturalization Service
IOM	International Organisation for Migration
LABO	Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten
LaGeSo	Landesamt für Gesundheit und Soziales
LEA	Landeseinwohneramt
M.I.N.I.	The Mini-International Neuropsychiatric Interview
NAV	Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschland e. V.
ORB	Ostdeutscher Rundfunk Brandenburg
OVG	Oberverwaltungsgericht
PEB	Passeinzugsbescheinigung
PET	Positronen-Emissions-Tomografie
PiP	Psychologe/Psychologin im Praktikum
PTB	Posttraumatische Belastungsstörung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RBB	Radio Berlin Brandenburg
RiVG	Richter am Verwaltungsgericht
SenGesSoz	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
SFB	Sender Freies Berlin
STS	Science and Technology Studies
Südost	Südost Europa Kultur e. V.
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization
zfm	Zentrum für Migrationshilfen

## Inhaltsverzeichnis:

1	Einleitung.....	3
1.1	Wallpaper – Hintergrund der Arbeit.....	3
1.2	Methodisches Vorgehen.....	7
1.3	Theoretische Grundlagen.....	12
1.4	Fragestellung.....	14
1.5	Berliner Situation – Situation in Berlin.....	17
2	Die Krankheit.....	26
2.1	Die Vorläufer.....	28
2.2	PTSD.....	37
2.2.1	Das traumatische Ereignis – das A-Kriterium.....	37
2.2.2	Die Symptomatik.....	39
2.3	Von der PTSD zur PTB(S).....	44
2.4	Zusammenfassung Posttraumatische Belastungsstörung.....	49
3	Die Kranken – Bosnische Kriegsflüchtlinge in Berlin.....	51
3.1	Meine bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner.....	52
3.2	Bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge – Wieso und woher kamen sie?.....	53
3.2.1	Lebenswelten.....	56
3.2.1.1	Duldung – trolisnica.....	56
3.2.1.2	Wohnheim – hajam.....	57
3.2.1.3	Sozialhilfe – socijala.....	59
3.2.1.4	(Schwarz-)Arbeit – posao (na crno).....	61
3.2.1.5	Rückkehr oder Weiterwanderung – povratak ili treća zemlja.....	64
3.2.1.6	Grenzübertrittsbescheinigung – jederzeit, papir sa slikom, smrtovnica.....	68
3.2.1.7	Rechtsanwalt – advokat.....	70
3.2.1.8	Attest – atest.....	72
3.2.1.9	Traumabefugnis – boravak.....	74
3.2.1.10	Danke Dojtsland, aber .....	76
3.3	Erfahrungen mit psychologischer und psychiatrischer Behandlung.....	77
3.3.1	Vorerfahrungen.....	78
3.3.2	Vorurteile und Überwindungsstrategien.....	79
3.3.3	Erwartung(en).....	83
3.3.4	Wege in die Behandlung – Rechtfertigung und Vernetzung.....	84
3.3.5	Erfahrungen mit Behandlung.....	90
3.3.6	Neuinterpretationen – neues Verständnis von psychischen Vorgängen.....	97
3.3.7	Arbeit als Therapeutikum.....	104
3.3.8	Krankheit als Normalität – Eine psychische Krankheit ist (k)eine psychische Krankheit.....	106
3.3.9	Behandlung sozialer Probleme.....	107

4 Die behandelnden Psy-Vertreterinnen und -Vertreter.....	112
4.1 Die Berliner psychiatrischen und psychotherapeutischen Unterstützungsstrukturen für Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und -bewerber.....	113
4.1.1 Erste Ebene – die Behandlungszentren.....	113
4.1.2 Zweite Ebene – psychologische Angebote bei Trägern der Wohlfahrtspflege.....	116
4.1.3 Dritte Ebene – psychologische Angebote ohne Trägerschaft.....	118
4.1.4 Vierte Ebene – die niedergelassenen Psychiaterinnen, Psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten.....	121
4.2 Ausbildung der Therapeutinnen und Therapeuten sowie Erfahrungen und Entwicklungen in der Arbeit mit den Flüchtlingen.....	123
4.2.1 Unterschiede in der Ausbildung.....	123
4.2.2 Neue Diagnose = neue Therapie?.....	128
4.2.3 Deutsche Vergangenheit. Und die Anwesenheit der Bosnier.....	134
4.2.4 Therapeutisches Wachsen.....	144
4.3 Interaktionen zwischen Therapeutinnen und Therapeuten, der Diagnose und den Flüchtlingen.....	153
4.3.1 Therapeutinnen und Therapeuten und die Diagnose.....	153
4.3.2 Therapeutinnen und Therapeuten und Flüchtlinge.....	157
4.3.2.1 Psychotherapeutische Arbeit mit bosnischen Flüchtlingen.....	158
4.3.2.2 Gruppenarbeit.....	162
4.3.2.3 Therapieerfolg.....	165
4.3.2.4 Was hilft?.....	167
5 Die Reglementierenden.....	171
5.1 Bosnische Flüchtlinge als logistische und finanzielle Herausforderung für das Land Berlin .....	171
5.2 Die Traumatisierten.....	182
6 Interaktionen und Folgen.....	187
6.1 Übersetzungen: Die Diagnose in der (psycho-)therapeutischen Flüchtlingsarbeit und Verwaltung.....	187
6.1.1 Übersetzung eins – von den Psy-Vertreterinnen und Vertretern zur Senatsverwaltung für Inneres.....	189
6.1.2 Übersetzung zwei – von den Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten zu den Psy- Vertreterinnen und -Vertretern.....	203
6.2 Machtverschiebungen.....	208
7 Fazit.....	221
8 Literaturverzeichnis.....	227
9 Anhang Endnoten.....	248

# 1 Einleitung

*Not only are there no tabula rasa researchers, but also we usually come with a lot of baggage. Such ideas and preconceptions become intellectual wallpaper of sorts, background tacit assumptions sometimes operating, as it were, behind our backs in the research process (Clarke 2005: 85).*

## 1.1 Wallpaper – Hintergrund der Arbeit

Die vorliegende Dissertation ist einer Vielzahl von Umständen geschuldet, die aus meinem bisherigen Lebensweg und verschiedenen gesellschaftlichen und historischen Gegebenheiten resultieren. Wie es das Zitat von Clarke ausdrückt, bildet all dies den Hintergrund, meine „intellektuelle Tapete“, die mitzudenken ist, um den Inhalt der folgenden Seiten besser einzuordnen. Ich bin zu meinem Promotionsthema, seiner Bearbeitung und Verschriftlichung durch Zusammenhänge gelangt, die das von mir gewählte Feld ebenso beeinflussen wie meine Art und Weise, darüber zu denken und zu schreiben. Deshalb schildere ich im Folgenden einige Fragmente meines Weges in mein Feld.

Nach meinem Abitur war ich 1996/97 ein Jahr lang als Freiwillige für eine mennonitische Organisation in Zentralbosnien tätig. Ursprünglich hatte ich nach Spanien gehen wollen, weil ich neben der Schule Spanisch lernte. Da ich jedoch auch Russisch lernte, hielten die Verantwortlichen in der Austauschorganisation Bosnien für das richtige Land für mich. Im ersten Nachkriegssommer ging ich also nach Bosnien. Dort erlernte ich die Landessprache. Nachdem ich mich mit meinen gutchristlichen Mitfreiwilligen überworfen hatte, lebte ich in einer liberalen muslimischen Familie, die mich herzlich aufnahm und nicht müde wurde, mir Wörter und Dinge zu erklären. Zu meinen täglichen Tätigkeiten zählte die Arbeit mit Flüchtlingen – und das ohne eine therapeutische oder sozialpädagogische Ausbildung. Ich habe mir ihre Geschichten, Nöte und Sorgen angehört. Anfangs dachte ich, dass es an meinen unzureichenden Sprachkenntnissen läge, dass ich ihre Schilderungen unlogisch und irgendwie unglaublich fand. Mittlerweile bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass extreme Ausnahmesituationen, wie es Krieg und Vertreibung sind, in denen viele Bezugssysteme ihre Bedeutung verlieren, besondere und nicht gradlinig verlaufende Erzählungen erzeugen. In wenigen Tagen und Stunden werden Gemeinschaften zerstört oder nachhaltig verändert, für viele Mitglieder einer Gesellschaft ändern sich Werte und Handlungslogiken. Solche einschneidenden Veränderungen können nicht in einer linearen, logisch aufgebauten Erzählung geschildert werden; sie entrüsten immer wieder.

Nach meiner Rückkehr nach Deutschland studierte ich in Berlin Kulturwissenschaft und Europäische Ethnologie. Kultur interessierte mich. Den empirischen Ansatz der Ethnologie fand ich sehr produktiv und auch die Theorien Michel Foucaults prägten mich bereits während des Studiums. Zudem war das ehemalige Jugoslawien für mich auch immer wieder in Berlin präsent – am Anfang durch Sprachkurse der Südslawistik, die ich besuchte und deren Dozentin mich auf den Boden der Tatsachen zurückholte, indem sie mir klar machte, dass ich die Sprache noch bei Weitem nicht beherrschte und damit meinen Ehrgeiz weckte. 1998 begann ich als studentische Hilfskraft



beim Verein für Internationale Jugendarbeit e. V.<sup>1</sup> zu arbeiten, wo ich bosnische<sup>2</sup> Kriegsflüchtlinge im Weiterwanderungsverfahren in die USA beriet und begleitete. Dadurch konnte ich einerseits mindestens zweimal die Woche bosnisch sprechen, was eine gute Übung war, und wodurch ich meinen bosnischen Wortschatz um viele Verwaltungstermini erweitern konnte; andererseits lernte ich während dieser Arbeit bereits viel über die Lebensumstände bosnischer Flüchtlinge in Berlin.

Ich las Biografien, in denen Flüchtlinge darlegten, warum sie geflohen waren und nicht zurückkehren konnten, und warum sie in die USA weiterwandern wollten. In Berlin gab es für die bosnischen Flüchtlinge zu dieser Zeit keine Möglichkeit, einen Aufenthaltstitel zu erhalten. Wenn in den Biografien Verfolgung und Vertreibung geschildert wurden, konnten Antragsformulare ausgefüllt werden, die über die Weiterwanderungsstelle der Diakonie an die US-amerikanische Bearbeitungsstelle des Immigration and Naturalization Service (INS) in Frankfurt am Main weitergeleitet wurden. Nach einigen Monaten wurden die bosnischen Familien zu einem Interview nach Frankfurt eingeladen. Dort konnten sie die Gründe für ihren Weiterwanderungswunsch darlegen. Im Anschluss an das Interview, das zumeist die Flüchtlingseigenschaft und die Unmöglichkeit einer Rückkehr nach Bosnien bestätigte,<sup>3</sup> fand eine ärztliche Untersuchung statt. Wenn keine akuten Krankheiten vorlagen und chronische Erkrankungen nicht ansteckend waren,<sup>4</sup> erfolgte die Ausreise in die USA zwei bis drei Monate später – oftmals zu Verwandten, die bereits zuvor ausgewandert waren.

In dieser Zeit kam ich mit vielen bosnischen Flüchtlingen in Berlin in Kontakt und lernte ihre Sorgen kennen. Zudem hatten auch wir in der Beratungsstelle wie die Berliner Ämter, die mit den Flüchtlingen Kontakt hatten, oft Atteste auf dem Schreibtisch, wenn ein Interviewtermin abgesagt oder ein Flug verschoben werden musste. Am Ende wurden die Atteste von zwei Ärzten, die beide aus Jugoslawien stammten und aus deren Praxen fast alle Atteste kamen, von der Frankfurter Außenstelle des INS nicht mehr anerkannt und wir schickten die Flüchtlinge nochmals zu deutschen Ärzten, die ein weiteres Attest ausstellten und nochmals die Verhinderung bestätigten. Diese Atteste wurden in der Regel anerkannt. Bereits damals lernte ich einige Akteure kennen, die in der vorliegenden Arbeit eine wichtige Rolle spielen. 2001 endete das Weiterwanderungsprogramm der USA für bosnische Kriegsflüchtlinge. Die Akten sind ins Zentralarchiv der Diakonie gezogen, die Menschen weitergewandert, der Verein wurde wegen fehlender Finanzierungen aufgelöst. Es ist nicht viel aus dieser Zeit übrig geblieben, außer befreundeten Arbeitskolleginnen und -kollegen, meinen verbesserten Sprachkenntnissen und meinen Erfahrungen, die ebenfalls ein Stück meiner

---

<sup>1</sup> Der Verein für Internationale Jugendarbeit e. V. war Mitglied des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirchen Deutschlands und übernahm die Weiterwanderungsberatung für diesen Dachverband in Berlin. Weiterwanderungsberatung wird traditionell von den beiden kirchlichen Wohlfahrtsverbänden Caritas und Diakonie angeboten. Finanziert werden diese Angebote über „Kopfpauschalen“ für die Weiterwandernden, die vom Aufnahmeland im Rahmen eines Programms an die Verbände überwiesen und von diesen an die beratenden Vereine weitergeleitet werden.

<sup>2</sup> Es hat sich durchgesetzt, von bosnischen Flüchtlingen zu sprechen und nicht von bosnisch-herzegowinischen, weshalb auch ich im Verlauf der vorliegenden Arbeit die Formulierungen „bosnische Flüchtlinge“ oder „Bosnierinnen und Bosnier“ verwende und damit auch meine drei herzegowinischen Gesprächspartnerinnen und -partner einschließe.

<sup>3</sup> Die Anerkennungsquote lag von 1996 bis 2000 insgesamt bei 83,1 Prozent (vgl. Tabelle 3 in: Dickow 2000).

<sup>4</sup> Es traten vor allem Tuberkulosefälle auf. Wenn Hinweise im Blutbild und den Thoraxaufnahmen gefunden wurden, mussten die Flüchtlinge weitere ärztliche Attestierungen einreichen, dass die Tuberkulose nicht ansteckend war.

von Clarke im Eingangszitat beschriebenen „intellektuellen Tapete“ bilden.

Nach dem Abschluss meines Studiums – selbstverständlich hatte meine Magistraararbeit einen Bezug zum ehemaligen Jugoslawien<sup>5</sup> – fand ich im Herbst 2002 Arbeit in einem EU-Forschungsprojekt an der Technischen Universität Dresden, wobei vor allem meine Sprachkenntnisse von Bedeutung waren. Ziel des Projektes war die Erforschung von Zugangsbarrieren für eine psychologische oder psychiatrische Behandlung bei Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Es wurde in fünf Ländern (Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Serbien und Montenegro, Großbritannien und Deutschland) durchgeführt.<sup>6</sup> Die Projektpartner waren vor allem Behandlungszentren, die in den ex-jugoslawischen Ländern auch enge Beziehungen zu medizinischen und psychologischen Fakultäten unterhielten; oft gab es personelle Überschneidungen. Das koordinierende Zentrum befand sich in London. In Deutschland gestaltete sich die Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern äußerst schwierig, da Flüchtlinge nur einen Aufenthaltstitel oder die Verlängerung ihrer Duldung erhielten, wenn sie in einer psychotherapeutischen Behandlung waren. Die meisten der noch in Berlin, Brandenburg und Sachsen – auf diese Bundesländer konzentrierte sich das Projekt aus Kostengründen – verbliebenen Flüchtlinge befanden sich daher in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung und konnten deshalb kaum von Zugangsproblemen berichten. Dennoch führte ich über 160 Interviews mithilfe psychologischer Fragebögen, in deren Anwendung ich zuvor eingewiesen worden war. Daneben gab es einen qualitativen Teil der Befragung und eine qualitative Zusatzstudie, für die ich 20 Interviews mit Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern führte und transkribierte. Diese Interviews sollten mit weiteren, die in London, Zagreb, Sarajevo und Belgrad geführt wurden, gemeinsam ausgewertet werden. Dies steht bislang noch aus.

Denn ein neues Projekt mit einer ähnlichen Fragestellung begann im Sommer 2004, das weitere Projektpartner in Italien und Mazedonien und später auch im Kosovo mit einbezog und mir eine Fortsetzung meiner Anstellung und eine Vielzahl weiterer Interviews sicherte.<sup>7</sup> Nachdem ich für das erste Projekt Interviewpartnerinnen und -partner vor allem über meinen Freundes- und Bekanntenkreis in Berlin und Hamburg und in Asylbewerberheimen in Brandenburg und Sachsen rekrutiert hatte, sprach das zweite Projekt eine größere Gruppe von Personen an. In Berlin wurden über 2.000 Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bis zu dreimal angeschrieben und gebeten, an der Studie teilzunehmen. Ich interviewte weitere 200 Personen. Nach einem Jahr fand eine erneute Befragung der Menschen statt, die bereits in der ersten Befragung Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufgewiesen hatten. Mit 150 Personen sprach ich ein zweites Mal über ihre Beschwerden und Veränderungen im vergangenen Jahr. Außerdem wurde erneut eine qualitative Zusatzstudie durchgeführt.

---

<sup>5</sup> „Ethnische Vergewaltigung: Funktionen innerhalb nationaler Diskurse am Beispiel Bosnien-Herzegowinas 1992–1995.“ Abgeschlossen im August 2002.

<sup>6</sup> Eine Beschreibung dieses Projekts findet sich unter <http://www.psychiatrische-versorgungsforschung-tu-dresden.de/cms/projekte/abgeschlossene-projekte/treatment-seeking-and-treatment-outcomes-in-people-suffering-from-posttraumatic-stress-following-war-and-migration-in-the-balkans-stop> [Stand 03.10.2009].

<sup>7</sup> Eine Beschreibung dieses Projekts findet sich unter <http://www.psychiatrische-versorgungsforschung-tu-dresden.de/cms/projekte/components-organisation-costs-and-outcomes-of-health-care-and-community-based-interventions-for-people-with-posttraumatic-stress-following-war-and-migration-in-the-balkans-connect> [Stand 03.10.2009].

Während meiner Mitarbeit an diesen beiden Projekten kristallisierte sich mein Promotionsvorhaben heraus. Anfangs sollte es die Benachteiligungen der Flüchtlinge durch den systematischen Ausschluss aus der deutschen Gesellschaft beschreiben, da mich die Schilderungen meiner Gesprächspartnerinnen und -partner immer wieder wütend auf die deutsche Bürokratie und das Verwaltungshandeln machten. Aber Wut ist eine denkbar schlechte Grundlage für eine wissenschaftliche Arbeit. Ich habe es vor allem Professor Dr. Stefan Beck zu verdanken, dass sich diese Idee weiterentwickelte und eine medizin- bzw. psychologieanthropologische Wende nahm. Durch Diskussionen mit anderen Promovierenden, dem STS-Lesekreis am Institut für Europäische Ethnologie Berlin, dem Labor Sozialanthropologie und Lebenswissenschaften, dem Arbeitskreis Wissenschaftsgeschichte und Epidemiologie und einer Vielzahl von hilfreichen Lesehinweisen nahm die Arbeit ihre jetzige Gestalt an. So wurde ich auf zwei wichtige theoretische Bezugspunkte dieser Arbeit – die Schriften von Nikolas Rose und Ian Hacking – aufmerksam und auch auf Adele Clarkes sehr praxisnahe „Situational Analysis“. Aber auch viele der weiteren theoretischen medizinanthropologischen und wissenschaftstheoretischen Bezugspunkte habe ich diesen Diskussionsforen zu verdanken. Zudem profitierte ich von der Möglichkeit, gemeinsam mit Ann-Katrin Zöckler und Christoph Kehl ein Seminar am Institut für Europäische Ethnologie zu geben, in dem wir erste Ergebnisse unserer Forschungen mit Studierenden diskutierten.

An der Entstehung der Arbeit waren nicht weniger meine Kolleginnen und Kollegen aus Dresden beteiligt. Sie beantworteten viele meiner Fragen, erklärten mir geduldig psychologische und psychiatrische Logiken und ließen sich auch auf lebhafte Diskussionen ein. In diesen „interdisziplinären Kaffeerunden“ ging es oft um grundlegende Fragen ihres Faches, wie zum Beispiel um Grundannahmen therapeutischer Interventionen, ihre Möglichkeiten und Grenzen. Die dabei zutage tretenden Brüche thematisiere ich auch im Verlauf der Arbeit mehrmals. Daneben unterstützten mich meine Kolleginnen und Kollegen auf vielfältige Weise infrastrukturell – so habe ich ihnen Laptop, Aufnahmegerät, Analyseprogramm, Fachartikel und die Möglichkeit, Interviews im Rahmen der Forschungsprojekte zu führen, zu verdanken. Zudem danke ich meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern, ohne deren Bereitschaft, mit mir zu sprechen, diese Arbeit nicht vorliegen würde, und Ann-Katrin Zöckler für die Kommentierung und Diskussion von Vorversionen der Arbeit.

Meine Dresdener Arbeitsstelle und viele Bekanntschaften mit Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien prägten die vorliegende Arbeit. Ich habe nicht – wie eigentlich üblich – mit einer formulierten Fragestellung Zugang zu dem von mir beschriebenen Feld gesucht. Ich war bereits Teil des Ganzen, als ich begann, ethnologische Fragen zu formulieren. Daraus ergibt sich, dass ich keine teilnehmenden Beobachtungen im klassischen und engeren Sinn angestellt habe. Doch das heißt nicht, dass ich nicht beobachtet hätte, denn ich habe von Anfang an teilgenommen, beobachtet und nachgefragt, um in einem psychologischen Forschungsfeld als „Fachfremde“ arbeiten zu können. Meine Forschungsfragen entstanden, als ich bereits ein gewisses Verständnis und eine Kenntnis der Akteure hatte. Das sind wichtige „intellektuelle Tapeten“ im Clarke’schen Sinn für mich, die den Hintergrund dieser Forschung bilden. Sie halfen mir bei der Formulierung meiner Fragen, dem Finden von Gesprächspartnerinnen und -partnern und dem nachträglichen Recherchieren von

Informationen, da ich die Diskurse im Rahmen meiner Arbeit kennenlernte.

Neben diesen Zugängen zu meinem Themenfeld habe ich noch einen weiteren Zugang über einige Behördenbegleitungen von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Mein Name stand vier Jahre lang auf einer Liste für Behördenbegleitungen der Katholischen Studentengemeinde, die diese Liste verwaltet und sie in der Berliner Flüchtlingsberatungsstellen verteilt. Die Personen auf der Liste verfügen über Fremdsprachenkenntnisse und können so Flüchtlinge muttersprachlich bei Gängen zu Behörden, Ämtern, Ärztinnen und Ärzten oder Gerichten unterstützen. Durch diese Begleitungen erhielt ich punktuell Einblick in die Praxen der Ausländerbehörde, des Verwaltungsgerichtes und der Sozialämter.

Seit einem Jahr arbeite ich in der Politikberatung, die Projekte in Dresden sind beendet. Der zunehmende Abstand half mir bei den Analysen, denn es sind seither keine neuen Eindrücke mehr aus Gesprächen mit Bosnierinnen und Bosniern, die als Flüchtlinge nach Berlin kamen, hinzugekommen. Neue Daten und Einsichten gewann ich einzig aus den Diskussionen und Präsentationen im „Berliner Forschungskolloquium für PTSD“<sup>8</sup>, dem Austausch mit Forschenden auf dem Feld der Medizinanthropologie und im Rahmen von Nachrecherchen bei der Berliner Senatsverwaltung für Inneres und Sport im August und November 2008. Trotz dieses Abstandes bleibe ich mit dem Thema auf persönliche und berufliche Weise verbunden und bin selbst in Diskurse involviert, die ich im Folgenden analysiere. Die vorliegende Arbeit dokumentiert auch diese persönlichen Verbindungen.

Ich beschreibe und analysiere die individuellen Bewältigungsformen und Widerstände der Bosnierinnen und Bosnier einer Psychologisierung gegenüber, aber auch ihre Anpassungen an psychologische/psychiatrische Diskurse. Die Ansichten von Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiatern selbst sind ein Untersuchungsgegenstand für mich. Ich stelle sie als Spezialistinnen und Spezialisten im Feld von Psychotrauma vor, hinterfrage jedoch ihre Expertisen kritisch. Die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung beschreibe ich als Diagnosekategorie, die von den Expertinnen und Experten auf vielfältige Art argumentativ eingesetzt wurde. Doch die Diagnose selbst erzeugt eine Vielzahl von Widersprüchen, die mit ihrer Entstehung und Definition zusammenhängen. Die Berliner Verwaltung kann ich zwar nicht umfassend darstellen, doch es wird deutlich, dass sie keine allmächtige und durchgängig konsequent agierende Institution war und ist. Sie unterliegt ihren eigenen Sachzwängen und ist den Spezialistinnen und Spezialisten der Psychotraumatologie nicht so abgewandt, wie diese behaupten.

## **1.2 Methodisches Vorgehen**

Im Folgenden geht es zum einen um die Verhandlungen zwischen Psychologinnen, Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiatern, die sich in der Flüchtlingsarbeit engagierten und der Innenverwaltung um einen Aufenthalt für traumatisierte bosnische Kriegsflüchtlinge in Berlin und zum anderen um die Interaktionen zwischen den einzelnen Akteursgruppen, die in diese Aushandlungsprozesse involviert oder von ihnen betroffen waren. Um die verschiedenen Standpunkte und Logiken zu beschreiben, habe ich Interviews mit den wichtigsten Akteurinnen und

---

<sup>8</sup> URL: <http://www.bzfo.de/portal/loader.php?seite=forschung&navigation=1341> [Stand 23.08.2008].

Akteuren geführt, Primär- und Sekundärliteratur zu Posttraumatischen Belastungsstörungen insbesondere im Zusammenhang mit politischer Unterstützung für Flüchtlinge zusammengetragen, Material zur Berliner Situation recherchiert und gesammelt, parlamentarische Debatten im Berliner Abgeordnetenhaus von 1991 bis 2006 mit Bezug auf das ehemalige Jugoslawien und Akten der Berliner Senatsverwaltung für Inneres analysiert und meine eigenen Beobachtungen und Erfahrungen mit in die folgenden Analysen einfließen lassen. Diese verschiedenen Datenquellen resultieren aus meinen unterschiedlichen Zugängen, die ich im vorherigen Abschnitt dargestellt habe.

Im Rahmen der beiden Forschungsprojekte, an deren Umsetzung ich beteiligt war, wurden von mir circa 400 Personen interviewt. 16 von ihnen oder deren Ehepartner habe ich gefragt, ob ich sie noch einmal zu ihren Erfahrungen mit Psychotherapie in Berlin befragen und das Gespräch aufnehmen könne. Bei der Auswahl habe ich darauf geachtet, dass

- Frauen und Männer gleichermaßen vertreten sind,
- alle in psychotherapeutischer Behandlung waren bzw. sind,
- alle theoretisch einen Anspruch auf einen Aufenthaltstitel aufgrund ihrer Traumatisierung hatten,
- sogenannte ethnische Minderheiten vertreten sind,
- sie bei verschiedenen behandelnden Institutionen in Berlin in Therapie waren bzw. sind.

Diese Interviewpartnerinnen und -partner wurden theoretisch gezielt ausgewählt (Strauss/Corbin 1996: 148ff.). Alle Gespräche wurden auf Bosnisch<sup>9</sup> geführt, aufgezeichnet, transkribiert und ausgewertet. Die Namen sind pseudonymisiert. Die ersten 14 Interviews bildeten meine erste Analysegrundlage. Zwei Gespräche habe ich nach einer einjährigen Pause geführt, in der ich erste Thesen bildete und diese in den letzten beiden Gesprächen testete. Diese beiden Gesprächspartnerinnen wurden diskriminierend nach Strauss und Corbin ausgewählt (Strauss/Corbin 1996: 158f.), weil sie bei einer bestimmten Institution in Behandlung waren, ich bis dahin mehr Männer interviewt hatte und deshalb noch Gesprächspartnerinnen brauchte und eine von ihnen einer ethnischen Minderheit angehörte. Bis auf zwei Ausnahmen fanden alle Gespräche bei meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern zu Hause statt und wurden begleitet vom obligatorischen gemeinsamen Kaffeetrinken und weiteren informellen Gesprächen vor und nach der Tonaufnahme. Zwei Gespräche fanden in einem Verein statt. Zwei Frauen, die ich befragen wollte, lehnten dies ab, weil es sie zu sehr aufgeregt hätte oder weil sie keine Tonaufzeichnung wünschten. Die Tonaufnahme eines weiteren Interviews konnte aufgrund des Straßenlärms nicht transkribiert werden und ging nicht in die vorliegende Arbeit ein. Alle Interviews fanden im Rahmen der beiden

---

<sup>9</sup> Alle Zitate finden sich im Original im Anhang. Die Übersetzungen sind sprachlich geglättet, wie auch die deutschen Zitate meiner weiteren Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner. Bosnisch und Serbokroatisch sind zwei Bezeichnungen für die gleiche Sprache. „Bosnisch“ verwende ich, wenn es mir um die Sprache der Flüchtlinge geht, „Serbokroatisch“ hieß die Sprache vor dem Krieg. Ich verwende diesen Ausdruck zum einen, wenn es um die behandelnden Psychiaterinnen, Psychiater, Psychologinnen und Psychologen geht, die vor dem Krieg nach Berlin kamen, und zum anderen, wenn ich offizielle Zusammenhänge beschreibe. Letzteres ist heutzutage nicht mehr üblich und in den nationalen Diskursen auch nicht politisch korrekt. Ich habe mich trotzdem dafür entschieden, da es mir die Zuordnung zu einer nationalen Zugehörigkeit der Sprechenden erspart, die auch von meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern nur teilweise als Selbstbeschreibung verwendet wurde.

EU-Projekte statt, in denen ich tätig war. Deshalb haben die Bosnierinnen und Bosnier schriftlich in die Tonaufnahmen eingewilligt und eine Aufwandsentschädigung von 15 Euro erhalten. Das bedeutet, dass ich vor allem Personen interviewte, die keine Einwände gegen eine Tonaufnahme hatten und den Interviews und Forschungen gegenüber positiv eingestellt waren. Mit ihrer Bereitschaft, ihre Erfahrungen mitzuteilen, machten sie ihre Ansichten einem größeren Publikum zugänglich und interpretierbar, wessen sie sich durchaus bewusst waren.<sup>10</sup> Gleichzeitig erhält ihr gesprochenes Wort durch die Aufzeichnung und Transkription eine neue Qualität, die es in seiner Mündlichkeit ursprünglich nicht hatte. Die Äußerungen meiner Gesprächspartnerinnen und -partner werden als Text analysiert, der im Gegensatz zur Gesprächssituation statisch ist. Außerdem liegen zwischen Gespräch und Analyse zum Teil zwei Jahre, in denen sich viel verändert haben kann.

Da ich alle Gesprächspartnerinnen und -partner über die Projekte kennengelernt habe, war das aufgezeichnete Interview nie unser erstes Gespräch. Mit einigen hatte ich vorher bereits mehrmals gesprochen. Mit zwei Frauen duzte ich mich, da wir uns in vielfältigen Zusammenhängen immer wieder begegne(te)n. In den Zitaten werde ich oft geduzt (und sieze mein Gegenüber), was zum einen am Altersunterschied lag und daran, dass die Differenz zwischen uns durch ein „wie du weißt“ oder „du weißt ja, wie das war“ oft verringert werden sollte. Trotzdem wurde dann jedoch zu Erklärungen ausgeholt, weil ich gerade nicht bosnischer Flüchtling bin, sondern Angehörige der Aufnahmegesellschaft, der mitgeteilt werden sollte, was alles falsch gemacht wurde bei ihrer Aufnahme als Flüchtlinge in Berlin. Die Interviews mit diesen 16 Bosnierinnen und Bosniern bilden meiner Meinung nach gut die wichtigsten Standpunkte und Erfahrungen bosnischer Flüchtlinge in Berlin ab. Natürlich schwingen auch alle anderen Gespräche, die ich im Rahmen der beiden Projekte mit Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien führte, mit. Obwohl jede Gesprächspartnerin und jeder Gesprächspartner individuell mit den Exil- und insbesondere Therapieerfahrungen umging, lassen sich dennoch ähnliche Argumentationslinien erkennen, die die Grundlagen für meine Analysen bilden.

Bei der Auswahl meiner Gesprächspartnerinnen und -partner unter den Berliner Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiatern habe ich darauf geachtet, dass sie entweder selbst serbokroatisch sprechen oder mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern arbeiteten, sodass sich vorrangig Bosnierinnen und Bosniern bei ihnen in Therapie befanden. Zudem gehörten sie unterschiedlichen Institutionen an und waren oftmals selbst als Ärztin, Arzt oder Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut niedergelassen. Die Interviews mit ihnen habe ich auf Deutsch geführt, transkribiert und ausgewertet.

Im Gegensatz zu den Flüchtlingen haben meine weiteren Interviewpartnerinnen und -partner nicht schriftlich in eine Tonbandaufnahme eingewilligt. Die Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzte erhielten zwar die Transkripte zum Gegenlesen und Klarstellen, davon machten jedoch nur

---

<sup>10</sup> Zwei meiner bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner stellten sich auch schon zuvor für andere Studien zur Verfügung oder waren in den Medien. Zwei weitere erwähnten andere Interviews. Es wurde/wird viel zu bosnischen Flüchtlingen geforscht und auch für die Lobbyarbeit wurden Betroffene gesucht, die ihr Schicksal öffentlich machen. Damit schreiben sich die Ansichten einiger Menschen intensiver in die Diskurse ein als die solcher, die Forschungen zum Beispiel kritisch gegenüber stehen, nicht in die Öffentlichkeit gehen wollen oder auch einfach keine Zeit haben wegen anderer, vielfältiger Verpflichtungen.

die serbokroatisch sprechenden Gebrauch. Ursprünglich hatte ich vor, ihre Namen nicht zu anonymisieren, was bei meinen bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partnern aus Datenschutzgründen von vornherein klar war. Die behandelnden Psychiaterinnen, Psychiater, Psychologinnen und Psychologen sind auch öffentliche Personen, weshalb ich sie namentlich erwähnen und ihnen durch das Gegenlesen Raum für Klarstellungen geben wollte. Da die Skripte von einigen jedoch umfangreich gekürzt und geglättet und von anderen nicht einmal kommentiert wurden, habe ich mich dazu entschlossen, die Originalversionen zu verwenden, aber Namenskürzel zu benutzen.

Bei der Ausländerbehörde fand ich über den Zeitraum von anderthalb Jahren keine Gesprächspartnerinnen oder -partner. Vier Mal wurden meine Anfragen mit dem Verweis auf Zeitmangel abgelehnt. Selbst ein Unterstützungsschreiben meines betreuenden Professors konnte daran nichts ändern.<sup>11</sup> Hingegen stand mir bei der Senatsverwaltung für Inneres und Sport<sup>12</sup> Herr Hampel für ein Gespräch zur Verfügung, der mir als Ansprechpartner von Frau Professor John empfohlen wurde. Frau Professor John ist die ehemalige Ausländerbeauftragte von Berlin, die ich auch interviewte. Mein ursprüngliches Interesse war es, den Alltag der Ausländerbehörde darzustellen, aber auf diesen ließen sich nur Hinweise finden, unter anderem in den Akten der Senatsverwaltung für Inneres und Sport. Den Zugang zu diesen Akten gewährte mir Herr Hampel zweimal, um Zahlen und Dokumente zu recherchieren. Die Akten der Senatsverwaltung für Inneres zu ausländerrechtlichen Fragen sind nach Herkunftsländern strukturiert. Für Bosnien-Herzegowina war im Mai 1992 eine Akte angelegt worden. Im November 2008 umfasste sie 41 Bände und 20 Bände Beiakten zu Rückkehrprogrammen und Verwaltungsstreitsachen. Systematisch habe ich die Bände 9 bis 21 (Januar 1996 bis April 1997) gesichtet, danach punktuell Band 28 (April/Mai 1998) und die Bände 36 bis 39 (Januar 2000 bis November 2001).<sup>13</sup> Herr Hampel stellte mir sehr offen die Verwaltungssicht dar und ermöglichte mir den Zugang zu den Akten, einem Arbeitsraum und Kopierer. Auch die Gespräche mit Frau Professor John und Herrn Hampel habe ich transkribiert und kodiert. Zudem sprach ich mit zwei Akteuren in der Flüchtlingsarbeit, Frau Schedlich vom Südost Europa Kultur e.V. und einem Rechtsanwalt, was mir als Hintergrund für das Verstehen zeitlicher Entwicklungen in Berlin und die Auffassungen der Unterstützerinnen und Unterstützer diente. Bei

---

<sup>11</sup> Auch Thomas Hohlfeld, der sich in seiner Dissertation mit der Berliner Aufnahmepolitik auseinandersetzte, stieß auf eine ablehnende Haltung beim Versuch, einen Gesprächstermin bei der Ausländerbehörde zu erhalten (Hohlfeld 2008: 38).

<sup>12</sup> Bis 2006 war es die Senatsverwaltung für Inneres. 2006 wurde der Aufgabenbereich „Sport“ dem Ressort Inneres zugeordnet. Im Folgenden verwende ich auch den Begriff „Innenverwaltung“ wenn es um die Senatsverwaltung für Inneres (und Sport) geht.

<sup>13</sup> Die Akte enthält Schriftstücke, die in Verbindung mit den bosnischen Bürgerkriegsflüchtlings und ihrer Aufnahme in Berlin bei der Senatsverwaltung für Inneres eingegangen oder erstellt wurden. Sie archiviert unter anderem Briefwechsel zwischen verschiedenen Akteuren der Flüchtlingsverwaltung, Weisungen anderer Bundesländer, Briefe an die Senatsverwaltung für Inneres von Berliner Bürgerinnen und Bürgern die bosnischen Flüchtlinge betreffend, von Unterstützerinnen und Unterstützern der Flüchtlinge, Presseartikel, Presseerklärungen und seit Ende 1996 Abschiebungsvorbereitungen, Sonderregelungen für die Verlängerung des Aufenthalts einzelner in humanitären Organisationen engagierter Bosnierinnen und Bosnier, Erteilung von Vignetten für Orientierungsreisen für Flüchtlinge, die kranke Angehörige besuchen oder zu Bestattungen nach Bosnien reisen durften (was ursprünglich nicht mit den Vignetten intendiert war, aber ausnahmsweise doch erlaubt wurde). Zum Teil sind Diskussionen und Argumentationslinien anhand handschriftlicher Gesprächs- und Aktennotizen nachvollziehbar, welche die interne Kommunikation der Senatsverwaltung für Inneres widerspiegeln.

den Interviews mit den beiden politischen Vertretern, Frau Professor John und Herrn Hampel, und der Vereinsleiterin Frau Schedlich, verwende ich keinerlei Namenskürzel oder Anonymisierungen, da sie öffentliche Personen sind und mir in dieser Funktion ein Interview gaben.

Bei den Auswertungen folgte ich den Arbeitsschritten der Grounded Theory (Strauss/Corbin 1996). Das heißt, dass die Analysekategorien aus dem Material stammen und induktiv gebildet wurden. Dazu verwendete ich zunächst das Textanalyseprogramm Textpack und später das Analyseprogramm für qualitative Daten MAXQDA2. Die transkribierten Interviews habe ich jeweils einzeln, dann insgesamt für die bosnischen Flüchtlinge und die behandelnden Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen interpretiert, auf dieser Grundlage Kategorien entwickelt, diesen Textsegmente zugeordnet und diese im Vergleich innerhalb der Kategorien erneut analysiert. Dieses Vorgehen folgt dem Vorschlag von Udo Kuckartz für die Auswertung qualitativer Daten mithilfe eines Analyseprogramms (Kuckartz 1995), dessen Basis die Strauss'sche Grounded Theory ist.

Nach den Auswertungen der Transkripte wurde ich auf Adele Clarkes „Situational Analysis“ aufmerksam und fand ihren Ansatz äußerst fruchtbar für mein weiteres Denken und Analysieren. Sie baut auf die Kategorienbildung gemäß der Grounded Theory auf und arbeitet mit Visualisierungstechniken, um erkennbar zu machen, „was vor sich geht“, um so Deutungsmuster, Macht- und Einflussverteilungen sichtbar zu machen. Dies hat mir nochmals geholfen, mein Material und meine Gedanken zu strukturieren, „stille“ und „laute“ Akteurinnen und Akteure im Feld zu sehen und ihre Standpunkte zu rekonstruieren (Clarke 2005). So sind die Diagnosekategorie „Posttraumatische Belastungsstörung“ und die Flüchtlinge wichtige Akteure in meinem Feld, doch sie sind es eher in impliziter Form. Es wird *über* sie verhandelt. Die Verhandelnden sind Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte in der Flüchtlingsarbeit und die Berliner Flüchtlingsverwaltung, die zum Teil sehr öffentlichkeitswirksam miteinander über Traumatisierung und die bosnischen Flüchtlinge streiten.

Die Dissertation war ein Feierabend- und Wochenendprojekt, deshalb zog sich das Führen der Interviews über einen Zeitraum von zwei Jahren hin. Doch sie fanden alle, bis auf das mit dem Vertreter der Innenverwaltung, vor der letzten aufenthaltsrechtlichen Regelung in Berlin statt, die allen noch verbliebenen „Traumatisierten“ und ihren Familien einen Aufenthalt sicherte. Dies nimmt dieser Arbeit einen Teil ihres politischen Sprengstoffs. Weil die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung als Aufenthaltsgrund dienen kann, hat das Hinterfragen dieser Praxis Auswirkungen auf die Möglichkeit ihrer Fortführung. Doch für die betroffenen Bosnierinnen und Bosnier kann sich das nicht mehr negativ auswirken, denn sie haben einen Aufenthaltstitel erhalten. Zukünftigen Flüchtlingen werden ähnliche Aufnahme Regelungen ohnehin verwehrt bleiben; Zum einen liegt dies an geänderten strukturellen Gegebenheiten: Es gibt ein neues Zuwanderungsgesetz, zudem sinken die Flüchtlings- und Asylbewerberzahlen, weil Deutschland keine EU-Außengrenze mehr hat. Zum anderen war die Umsetzung eines humanitären Bleiberechts aufgrund einer psychischen Erkrankung für eine größere Flüchtlingsgruppe allen Beteiligten zu aufwändig. Trotzdem hatten zum Interviewzeitpunkt noch nicht alle Gesprächspartnerinnen und -partner einen sicheren Aufenthaltsstatus, sodass die Unsicherheit für einige noch ein aktuelles



Thema war; andere hingegen versuchten bereits, ihr neues Leben mit einem Aufenthaltstitel zu meistern. Von daher war der längere Zeitraum, über den sich die Interviews hinzogen, sogar nützlich, weil er verschiedene Situationen abzubilden half und durch den zeitlichen Abstand und die veränderten Lebensbedingungen ein Reflektieren der Psychotherapien und Attestierungen ermöglichte.

### **1.3 Theoretische Grundlagen**

Nachdem mich Adele Clarkes „Situational Analysis“ vor allem methodisch leitete, waren es die Schriften von Michel Foucault, die meinen Blick auf mein Material strukturierten (Foucault 1968, 1974, 1978, 1981, 1983, 1984 und 1991); insbesondere waren es seine Gedanken zu neueren Regulationsmechanismen, die er „Biopolitiken“ und „Anatomopolitiken“ nennt. Er verortet diese neuen Wirkweisen moderner Machtformen, die sich einerseits in Gestalt von Biopolitiken auf Gattungskörper wie Nationen oder Volksgruppen richten und andererseits in Gestalt von Anatomopolitiken auf die konkreten Körper von Individuen, in den Subjekten selbst. Macht wird nicht mehr durch einen Souverän ausgeübt und seinen Untertanen aufgezwungen, sondern wirkt subtil in jedem Mitglied einer Gesellschaft selbst. Die regulativen Momente werden internalisiert und von den Subjekten reproduziert. Foucault entwickelt ein begriffliches Instrumentarium, wie diese modernen Gouvernamentalitäten (Bröckling et al. 2000) gedacht und beschrieben werden können. Wichtig für das Funktionieren dieser neuen Machtform ist die Produktion von Wissen, denn Wissen legitimiert den Machtanspruch und nicht mehr die gottgegebene Autorität eines Herrschers.

Michel Foucault beschreibt beispielhaft am Konzept der Sexualität die Einführung eines wissenschaftlichen Diskurses und daraus resultierende gesellschaftliche Regulierungstechniken, die durch das geschaffene Wissen legitimiert werden und auf der Ebene des Individuums konkrete Normierungen erzeugen. Diese können als Zwang wahrgenommen werden, insbesondere dann, wenn der Zugriff auf das Individuum dessen Plänen und Wünschen zuwiderläuft. Sie können aber auch reproduziert werden, wenn sie helfen, Interessen des Individuums durchzusetzen.

Mit dem Auftauchen eines neuen Konzeptes in gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Debatten beschäftigt sich in Anknüpfung an die Theorien Michel Foucaults auch der Soziologe Nikolas Rose. Rose untersucht die von Foucault beschriebenen „Oberflächen des Auftauchens“ (Foucault 1981: 62 und Rose 1998: 70) für die Wissenschaften und Techniken mit der Vorsilbe „Psy-“ und ihre Anwendung im und Ausweitung auf den Alltag in westlichen Industriegesellschaften (Rose 1985, 1990, 1998). Dafür zeichnet er in seinen früheren Publikationen die gesellschaftlichen Entstehungsbedingungen für das psychologische Denken an konkreten Beispielen nach. So entstanden Intelligenztests in Zusammenhang mit der Rekrutierung von Armeeangehörigen und die Arbeits- und Organisationspsychologie, um die Produktivität von Unternehmen zu steigern. Anhand dieser Beispiele beschreibt Rose „Oberflächen des Auftauchens“ und die folgende Wissenserzeugung. Ihre Verbindungen mit westlichem Lebensstil und Subjektivität rekonstruiert er insbesondere in seinem Buch „Inventing our Selves“ (1998).

Hier schließt sich der kanadische Philosoph Ian Hacking an, der sich zum einen mit der Frage

beschäftigt, wie Menschen beginnen, in Kategorien zu passen und dies als Rückkopplungseffekt bezeichnet (1986). Daneben erweitert er Foucaults Bio- und Anatomopolitiken um Gedächtnispolitiken, die sich seiner Meinung nach nicht auf die Körper der Individuen richten, sondern auf deren Denken und vor allem auf die gedankliche Konzeptualisierung ihrer Vergangenheit als wichtigem Bestandteil westlich-geprägter Identitäten (Hacking 1996). Dies zeichnet er eindrucksvoll am Beispiel einer psychischen Störung nach, die heute als „Dissoziative Identitätsstörung“ in die internationalen Klassifikationssysteme eingegangen ist (Hacking 2001). Auch er beschreibt „Oberflächen des Auftauchens“ und sieht in ihnen ein Symptom für eine Veränderung dessen, was unter Identität in westlichen Gesellschaften verstanden wird. Hacking spricht dabei konsequent von der „Seele“, weil es ihm um den nichtmateriellen Teil unseres Daseins geht, der früher Seele genannt wurde.

Neben diesen drei Theoretikern waren die Publikationen des Medizinanthropologen Alan Young für mich von Bedeutung, dessen Forschungen in direktem Zusammenhang mit meinem Thema stehen. Er forschte in einer spezialisierten Klinik für Vietnamveteranen und gibt in seinem Buch „The Harmony of Illusions“ Einblicke in die Praxen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die Interaktionen mit ihren Patienten (Young 1995). Hier beschäftigt er sich detailliert und kritisch mit der Entstehung der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“. In weiteren Publikationen dekonstruiert er verschiedene Annahmen des psychiatrischen und psychologischen Diskurses über die Posttraumatische Belastungsstörung. Dazu gehören die Tendenzen, den Ursprung der Störung in die Wiege der Menschheit zu verlegen, die zeitliche Abfolge der Störung vom auslösenden Ereignis zu den beobachteten Symptomen als gegeben anzusehen und von erzielbaren Therapieerfolgen auszugehen (Young 1992, 1993, 1995, 1996, 2004). Alan Young trägt alle Kritikpunkte am Störungsbild zusammen, weshalb sein Buchtitel als Programm gelten kann, denn es ist überraschend, wie harmonisch die erzeugten verschiedenen Bilder oder Illusionen nebeneinander stehen und die Realität der Kategorie „Posttraumatische Belastungsstörung“ ausmachen.

Young, Rose und Hacking beziehen sich explizit auf die Theorien Foucaults, verweisen aber auch untereinander aufeinander und geben damit immer wieder verschiedene theoretischen Anknüpfungspunkte, die sich gegenseitig ergänzen. Daneben verwende ich das Konzept der *boundary objects* von Susan Leigh Star und James R. Griesemer (1989), die am Beispiel des Aufbaus einer Sammlung in einem naturkundlichen Museum verdeutlichen, wie unterschiedliche Akteure miteinander kooperieren. Dies tun sie mithilfe eines losen Konzepts, das jedoch konkret genug sein muss, um als Arbeitsgrundlage zu funktionieren. Sie nennen solche Phänomene *boundary objects* und beschreiben eine Vielzahl von Übersetzungen, die notwendig sind, um verschiedene Akteure in eine Richtung, in diesem Fall die Vergrößerung der Sammlung und Repräsentation der Fauna der Westküste des nordamerikanischen Kontinents, zu lenken. Durch *boundary objects* gelingt es, auch Akteure mit unterschiedlichen Interessen zu einer Zusammenarbeit zu bewegen.

In meiner Aufzählung der letzte, aber außerordentlich wichtige Theoretiker, auf den ich mich im Laufe meiner Arbeit beziehe, ist Michel de Certeau. Er schafft in seinem Buch „Kunst des Handelns“ (1988) eine Beschreibungsgrundlage für die alltäglichen Praxen von Individuen, die

Regulierungen unterliegen. In meinem Fall sind dies die bosnischen Flüchtlinge. Er unterscheidet „Taktiken“ von „Strategien“ (Certeau 1988: 23). Erstere werden alltäglich von Individuen eingesetzt, die keinen machtpolitischen Rückzugsort haben. Letztere sind Akteuren möglich, die Macht und Einfluss haben und diese einsetzen können, um eine „Strategie“ zu verfolgen. „Taktiken“ sind jenen eigen, die keinen Einfluss haben, aber dennoch aktiv und kreativ mit dem umgehen, was ihnen angeboten und/oder aufgezwungen wird. Certeau sieht sich zum Teil in Opposition zu Foucaults Regulierungstechniken, die den Individuen wenig Freiraum lassen. Genau dies bezweifelt Certeau und zeigt, dass mit „Taktiken“ Räume geschaffen werden, in denen die regulierenden und normierenden Machtgefüge durchbrochen und unterlaufen werden. Doch „Taktiken“ können nur kurzfristige Erfolge erringen und entstehen oftmals zufällig, sie können sich nicht verstetigen wie „Strategien“.

Diese sechs theoretischen Sichtweisen bilden ebenfalls eine Clarke'sche „intellektuelle Tapete“, weil sie meine Argumentationen durchziehen und leiten. Da ich nicht versuche, die angerissenen Theorien zu bestätigen, sondern eine konkrete Situation zu beschreiben, verweise ich nicht permanent auf alle Anknüpfungspunkte, sondern auf die mir wichtigsten. Diese Theorien sind sozusagen mein Rüstzeug, um aus ethnologischer Perspektive die besonderen gesellschaftlichen und individuellen Entwicklungen und Verschiebungen zu beschreiben, die in einer konkreten Situation in Berlin in den 1990er und 2000er Jahren in den Verhandlungen um einen Aufenthaltsstatus für eine spezielle Gruppe von bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen, die Traumatisierten, vorzufinden sind.

## **1.4 Fragestellung**

Wie konnte eine psychische Störung zu einem Aufenthaltsgrund werden und wie wurde sie festgestellt und wie von den Betroffenen erfahren? Das waren die Leitfragen, denen ich in vielen Gesprächen und Recherchen nachgegangen bin. Der Fokus lag auf den Entwicklungen, die eine solche Praxis überhaupt ermöglichten und auf den lokalen Verhandlungen, die die Behandlungen der Flüchtlinge begleiteten. Neben den Beschreibungen und Analysen dieser Aushandlungsprozesse versuche ich, die Betroffenen mit ihrem Verständnis der Krankheit und ihren Standpunkten zu porträtieren und zu verdeutlichen, dass es auch Alternativen zu den gefundenen Lösungen gegeben hätte. Ich konzentriere mich auf die Brüche und Widersprüchlichkeiten in den Argumentationen, die die Konflikte im Feld verdeutlichen, und auf ihre Ergebnisse. Denn die Konsequenzen sind die Voraussetzung für zukünftige Entwicklungen (Clarke 2005: 287 f.).

Ein solches Ergebnis ist die Psychologisierung menschlicher Leidenserfahrungen, denn nur als psychisch Kranke in psychotherapeutischer Behandlung erhielten bosnische Kriegsflüchtlinge ein Bleiberecht. Grundlage waren Verhandlungen zwischen Therapierenden und der Verwaltung über Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen der Bosnierinnen und Bosnier, die Letztere in die Kategorie von „Traumatisierten“ einpassten. Ausgehend von Clarkes „Situational Analysis“ beschreibe ich eingangs die Berliner Situation, die meinen Analyserahmen umreißt. In dieser Situation sind bereits alle Akteure und Arenen, in denen Verhandlungen stattfinden, mehr oder weniger explizit präsent und klingen die „großen Themen/Debatten“ (Clarke 2005) an. Die

wichtigsten Akteure beschreibe ich nacheinander in den Kapiteln 3 bis 5 – Krankheit, Flüchtlinge/Kranke, behandelnde Psy-Vertreterinnen und -Vertreter, reglementierende Innenverwaltung – und dann ihre Interaktionen (Kapitel 6).

Doch zuvor geht es in Kapitel 2 um die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung, ihre historische Entwicklung und die Widersprüchlichkeiten ihrer Definition. Dabei begreife ich die Diagnose als einen diskursiven Akteur, dessen Beschaffenheit die Situation vielfach durchzieht, weshalb Clarkes Forderung, Nichtmenschliches explizit zu berücksichtigen, eingelöst wird. So überschreibt sie eines ihrer Kapitel mit „Taking the Nonhuman Explicitely Into Account“ und macht auf die Bedeutung von Materialien und Dingen sowie auch Mischformen von menschlichen und nichtmenschlichen Akteuren, wie Cyborgs und Diskurse, aufmerksam (Clarke 2005: 60 ff.). Im konkreten Zusammenhang begleiteten Diskussionen um Simulation die theoretischen Auseinandersetzungen mit traumatischen Erkrankungen seit der Entstehung der ersten Krankheitskonzepte, da die Diagnostik immer an verschiedene Arten von Entschädigungen gebunden war. Dieses Thema tauchte auch im Misstrauen der Berliner Innenverwaltung und der Ausländerbehörde gegenüber den Flüchtlingen und den attestierenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen auf. Sie ließ die Frage nach einer verlässlichen Diagnostik aufkommen, die es aufgrund der vielschichtigen Definition der Diagnose nicht geben konnte. Hier interagierte die Definitionskategorie intensiv mit dem sozialen Feld, in dem sie eingesetzt wurde. Die Definition ist eng mit der Geschichte des theoretischen Nachdenkens über traumatische Erfahrungen verbunden. Hier leiten mich insbesondere Alan Youngs Untersuchungen in der Darstellung dieser historischen Entwicklungen. Meine Auseinandersetzung mit der aktuellen Störungsdefinition erfolgt zudem vor dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrungen mit Diagnostik im Rahmen der beiden EU-Projekte. Meine Hauptthese ist, dass die beschriebene Widersprüchlichkeit des Diagnosekonzeptes, in Verbindung mit seinem Einsatz bei und für Opfergruppen, es als *boundary object* (Star/Griesemer 1989) funktionieren ließen und damit die Diskussions- und Interpretationsräume öffneten, aber auch einen Arbeitskonsens erst ermöglichten. In den weiteren Kapiteln beschäftige ich mich mit menschlichen Akteuren, die zum Teil in Institutionen oder diskursiv strukturierten Zusammenhängen agierten. Ich habe sie zu ihren Meinungen und Erfahrungen befragt und weitere Dokumente zusammengetragen, die ihre Standpunkte unterstützen oder erklären. So geht es im dritten Kapitel um die Erfahrungen und Ansichten meiner bosnischen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner. Dieses Kapitel erforderte besonders viele Überarbeitungen, da es mir schwer fiel, „über sie“ zu sprechen, wie es in Verwaltung, Attesten, Medien und Wissenschaft ständig getan wird. Bosnierinnen und Bosnier selbst haben selten eine Stimme, es gibt keine Publikationen, die sie selbst herausgaben, in denen sie sich zu den politischen Verhandlungen ihres Aufenthaltstitels äußerten. Einige Stimmen lassen sich in einer Publikation des Südost Europa Kultur e. V. und bei Brigitte Mihok finden (Südost 2002 und Mihok 2001: 120 ff.). Doch sie konzentrieren sich auf die Themen Flucht, Exil und das „gute Leben“ davor. Das sind Themen, die Verständnis und Mitleid für die Flüchtlinge hervorrufen (sollen). Die Individualität der Erzählenden geht verloren. So pflegt Frau Nuhanović Wellensittiche, Herr Džaferović fährt gern Rennrad und Herr Ferhatović mag Popmusik. Diese Freizeitaktivitäten

fügen sich nicht in das Bild leidender Flüchtlinge und sind in den gängigen Repräsentationen abwesend. Auch mein Fokus liegt nicht auf den individuellen Alltagen im Exil, aber ich bin mir ihrer bewusst und thematisiere sie, wo es möglich und sinnvoll ist.

Es wird über „die bosnischen Flüchtlinge“ als Gruppe gesprochen, geschrieben und verhandelt. Sie sind Ziel dessen, was Certeau „Strategien“ nennt. Das Gleiche passiert zwangsläufig auch in dieser Arbeit, auch wenn ich ihre individuellen „Taktiken“ beschreibe. Ich bemühe mich zwar, die persönlichen Ansichten und Schicksale zu berücksichtigen und die von mir vorgefundenen Muster nicht zu zementieren; doch keine wissenschaftliche Arbeit kommt ohne Kategorien und ohne Verallgemeinerungen aus, weshalb auch ich von „den bosnischen Flüchtlingen“ spreche und „ihre“ Ansichten beschreibe, wenn ich sie verallgemeinerbar finde. Trotzdem ist es eine Momentaufnahme und ich bin ein Gegenüber, das sich nicht einfach in den vorhandenen Strukturen verorten lässt. Ich spreche zwar Bosnisch, bin aber dennoch nicht „eine von ihnen“, sondern Angehörige der Aufnahmegesellschaft, obschon ich gleichzeitig jemand bin, der Verständnis zu haben scheint und sich für ihre Probleme interessiert. Als solche wurde ich auch in den Interviews adressiert. Das ist ein Grund, warum meine Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner immer wieder ihre Lebensbedingungen in Berlin thematisierten, zum Teil mit einem vorwurfsvollen Unterton.

Weil ich diese Gesprächspassagen wichtig finde, sie viele der Nöte der Flüchtlinge und ihren eingeschränkten Handlungs- und Entscheidungsspielraum verdeutlichen, gliedert sich das Kapitel in zwei Teile. Im ersten beschreibe ich die Aufnahmebedingungen in Berlin, die die Lebenswelten der Bosnierinnen und Bosnier prägten und immer sehr präsent in den Gesprächen waren. Im zweiten Teil beschreibe ich ihre Erfahrungen mit psychotherapeutischen und psychologischen Behandlungen, die mich vor allem in den Gesprächen interessierten. Ich versuche damit der sozialen Interaktion während der Interviews Rechnung zu tragen und die von mir mit meinen Nachfragen evozierten Antworten in den Kontext zu stellen, den die Flüchtlinge selbst für bedeutsam hielten – und dieser war eindeutig das Berliner Exil. Für die Beschreibung ihrer Erfahrungen mit psychotherapeutischen Interventionen nutze ich die Konzepte von Nikolas Rose und Ian Hacking zu Rückkopplungseffekten und Selbstregulationsmechanismen, um die Anpassungen zu verdeutlichen, aber auch die Widerstände, Umdeutungen und „Taktiken“ im Umgang mit psychotherapeutischer und psychiatrischer Expertise.

Im vierten Kapitel beschäftige ich mich mit den Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzten in der Flüchtlingsarbeit. Neben meinem Interviewmaterial nutze ich zur Verdeutlichung deren Standpunkte zahlreiche Publikationen aus dem Feld der Forschung zu Posttraumatischen Belastungsstörungen und therapeutischer Flüchtlingsarbeit. Die behandelnden Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen reflektierten in den Gesprächen zum Teil selbst ihre Praxis und thematisierten Widersprüche. Sie nahmen mich als jemand aus der Flüchtlingsarbeit wahr, dem sie Traumatisierungen erklären müssen oder als jemand vom Fach, dem sie ihre Sicht der Dinge darlegten. In beiden Fällen war ich ein Gegenüber, dem mit Vertrauen, Wohlwollen und Unterstützung begegnet wurde. In meinen Ausführungen setze ich ihre Schilderungen in einen größeren Kontext und weite ihre Kritik aus, da sie in ihrer psychologischen/psychiatrischen Logik verhaftet bleiben und eigene Interessen haben, die von ihnen selbst weder in den Gesprächen noch

in eigenen Publikationen thematisiert werden. Die „Psy-Vertreterinnen und -Vertreter“, wie ich sie in Anlehnung an Nikolas Roses Konstrukt von „Psy“ nenne (Rose 1985, 1990, 1998), besitzen ihr Wissen als machstrategischen Ausgangspunkt, das sie der Verwaltung und den Flüchtlingen anboten. Ich beschreibe, wie sie dies taten und welche Strategien sie verfolgten. Nachdem ich diese Argumentationslinien der behandelnden Psy-Vertreterinnen und -Vertreter dargestellt habe, widme ich mich den Interaktionen zwischen ihnen, der Diagnosekategorie und den Flüchtlingen. In diesen konkreten Interaktionen veränderten sich manchmal ihre theoretischen Standpunkte; häufiger änderten sie sich aber nicht und wurden von einer abweichenden Praxis entkoppelt. Zudem ließ sich Psy-Wissen gut vermarkten und wurde vielfältig von verschiedenen Akteuren nachgefragt. Dies mündete in eine Psychologisierung des Alltags, die auch Rose und Hacking beschrieben.

Im fünften Kapitel widme ich mich der Verwaltungsperspektive. Leider stand mir niemand aus der Ausländerbehörde für ein Gespräch zur Verfügung, weshalb die Darstellung kurz ausfällt und sich eher auf die Perspektive der Berliner Senatsverwaltung für Inneres und Sport konzentriert. Ich ziehe zusätzlich parlamentarische Debatten und Stellungnahmen der Senatsverwaltung für Inneres im Abgeordnetenhaus zum Thema zur Analyse hinzu. Trotz der Kürze wird deutlich, dass die bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge eine logistische Herausforderung für Berlin darstellten und die Ausländerbehörde mit den zahlreichen Verwaltungsfällen und Ausnahmeregelungen überfordert war. Es wurde keine klare Linie verfolgt, sondern vielmehr auf entstehende Fragestellungen reagiert.

Diese Reaktionen betrachte ich im letzten Kapitel. Hier geht es mir um ausgewählte Interaktionen zwischen allen beschriebenen Akteuren, wobei die Verhandlungen um ein Aufenthaltsrecht zwischen der Berliner Innenverwaltung und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen den Schwerpunkt bilden. Ich nutze hierzu die Überlegungen von Star und Griesemer (1989), dass Übersetzungen notwendig sind, um ein *boundary object* funktionieren zu lassen. Ich untersuche die Übersetzungen, die geleistet wurden und verdeutliche, dass diese auch konfliktreich verlaufen können. Danach beschreibe ich die Machtverschiebungen, die in den Entwicklungen sichtbar werden und die die Psychologisierung von Leidenserfahrungen ermöglichten. Im Fazit fasse ich die wichtigsten Beobachtungen und Argumentationen dieser Arbeit zusammen und verorte sie im ethnologischen Fachdiskurs.

## **1.5 Berliner Situation – Situation in Berlin**

*The conditions of the situation are in the situation (Clarke 2005: 71).*

Seit den 1990er Jahren flohen über 300.000 Menschen aus Bosnien-Herzegowina nach Deutschland. Etwa ein Zehntel von ihnen meldete sich in Berlin bei der Ausländerbehörde und beantragte vorübergehenden Schutz.<sup>14</sup> Anfangs überforderte der Ansturm die Berliner

<sup>14</sup> Laut Akten der Berliner Senatsverwaltung für Inneres hielten sich im Dezember 1995, also bei Kriegsende, 29.300 bosnische Kriegsflüchtlinge in Berlin auf (Schreiben vom 27.03.2000, Geschäftszeichen IV A 1/11 – 0345/750 (BuH)). Die Zahlen variieren zwischen 29.000 und 30.000, da es verschiedene Aufenthaltstitel gab und damit eine umfassende Statistik schwierig war (auch bundesweit war die Zahl 300.000 nur ein Näherungswert). Viele Daten, die später in der Verwaltung eine Rolle spielten, wurden nicht erhoben. So beginnen mehrere Antworten der Berliner Senatsverwaltung für Inneres auf Kleine Anfragen im Berliner Abgeordnetenhaus zu konkreten Zahlen mit der

Ausländerbehörde, da ihr keine Räumlichkeiten und kein zusätzliches Personal für den gestiegenen Arbeitsaufwand zur Verfügung standen.<sup>15</sup> Schutz wurde in Form einer „Duldung“ bis zum Kriegsende gewährt. Danach musste sich Berlin noch ein weiteres Jahr aufgrund von Absprachen mit anderen Bundesländern und der instabilen Situation in Bosnien-Herzegowina mit Abschiebungen zurückhalten. Bereits seit 1996 wurde Flüchtlingen die schnellstmögliche Rückkehr nahegelegt, ab 1997 wurden sie massiv aufgefordert, Berlin zu verlassen.

Der ausschlaggebende Beschluss der Ständigen Innenministerkonferenz bezüglich der Rückkehr bosnischer Flüchtlinge vom Januar 1996 sah vor, dass schwersttraumatisierte Personen als Letzte zurückkehren sollten. Sie sollten nicht weiteren Belastungen ausgesetzt werden und die Möglichkeit erhalten, in Deutschland psychotherapeutisch behandelt zu werden, weil in Bosnien kaum Therapiekapazitäten vorhanden und die vorhandenen überlastet waren. Als „schwersttraumatisiert“ galt, wer sich wegen einer Traumatisierung vor dem 16.12.1995 in Behandlung begeben hatte. Die Umsetzung der Beschlüsse der Ständigen Innenministerkonferenz oblag den Bundesländern. Berlin verzichtete hierbei auf den festgelegten Stichtag des Therapiebeginns mit dem Hinweis auf verzögert einsetzende Beschwerden und fehlende Behandlungskapazitäten.

Die Verbindungen zwischen Aufenthalt, Behandlung von Traumatisierung und der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung entwickelte sich schrittweise in den 1990er Jahren und führte im Jahr 2000 bundesweit zu einem Aufenthaltsrecht für traumatisierte bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge. Berlin hatte dabei eine besondere Stellung, denn viele bosnische Flüchtlinge kamen in den Kriegsjahren in die Bundeshauptstadt. Es gab vielfältige Unterstützungsstrukturen, die Versorgung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten war besser als in anderen Großstädten und Regionen Deutschlands.<sup>16</sup> Zusätzlich konnte die durch den schrittweisen Regierungsumzug nach Berlin entstehende Nähe zur Bundespolitik für Lobbyarbeit genutzt werden, die mit dem zunehmend restriktiven Umgang der Berliner Ausländerbehörde mit den Bosnierinnen und Bosniern Bedeutung erlangte.

Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen, Psychologen, Rechtsanwältinnen, Rechtsanwälte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, die Flüchtlinge unterstützten, forderten von Anfang an Regelungen für den Schutz von besonders schutzbedürftigen Gruppen und ein systematisches Vorgehen bei der Rückkehr. Vom evangelischen Landesbischof Professor Dr. Wolfgang Huber wurde im Januar 1996 ein Runder Tisch initiiert, an dem Unterstützerinnen und Unterstützer und Vertreter der Innenverwaltung miteinander nach Lösungen suchen sollten (Hohlfeld 2008: 284). Nach anfänglichen Absagen wegen Zeitmangels beteiligte sich die Senatsverwaltung für Inneres seit 1998 oder 1999<sup>17</sup> an diesem Runden Tisch. Bald jedoch reduzierte sich die Lösungssuche auf

---

Formulierung: „Die Zahlen sind statistisch nicht erfasst und können deshalb nicht genannt werden“ (Abgeordnetenhaus Berlin 12.10.1995). Ähnlich auch Abgeordnetenhaus Berlin 04.03.1994 und Abgeordnetenhaus Berlin 17.08.1998.

<sup>15</sup> Vgl. Abgeordnetenhaus Berlin 15.10.1992.

<sup>16</sup> „Elf Prozent aller Psychotherapeuten in Deutschland praktizieren in Berlin, obwohl dort nur 4,3 Prozent der Gesamtbevölkerung leben“ (NAV-Virchow-Bund 2005).

<sup>17</sup> In der Akte der Senatsverwaltung für Inneres fand ich Ablehnungen der Teilnahme im Jahr 1996, als der Runde Tisch initiiert wurde. Danach gab es keine weiteren Einladungen bis April 1997. Auch im April/Mai 1998 fand ich keine Einladungen oder anderen Dokumente, die auf den Runden Tisch verwiesen. Im Juli 2000 wurde jedoch von einem Sachbearbeiter ein Besuch des Bischofs Professor Dr. Wolfgang Huber inhaltlich vorbereitet und der Runde Tisch als unregelmäßiges Treffen „mit prononciert abschiebungskritischer Grundhaltung“, beschrieben, auf dem die

die Traumatisierten; andere Gruppen von Schutzbedürftigen gerieten aus dem Blick. Solche weiteren Schutzbedürftigen waren beispielsweise Familien mit behinderten Angehörigen oder Menschen, die auf lebensnotwendige Medikamente angewiesen waren, die in Bosnien-Herzegowina nur auf dem freien Markt erworben werden konnten und ohne Einkommensquelle unerschwinglich waren. Solche Familien oder Einzelpersonen erhielten nur dann eine Aufenthaltsbefugnis, wenn sie oder einzelne Angehörige in eine Psychotherapie gingen und Atteste über eine Posttraumatische Belastungsstörung bei der Ausländerbehörde einreichten. Im Resultat wurden die Traumatisierten zu einer privilegierten Gruppe innerhalb der bosnischen Kriegsflüchtlinge.

Gleichzeitig war die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung, in die eine Traumatisierung übersetzt wurde, noch relativ unbekannt, weshalb Aufklärungsarbeit nötig war. Die Expertise lag bei den Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen und musste von der Verwaltung (zunächst) anerkannt werden. Der Runde Tisch wurde mit der Konzentration auf die traumatisierten Flüchtlinge ein Treffen von Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzten, die nicht mehr den Dialog suchten, sondern ihre eigenen Standpunkte der Berliner Innenpolitik gegenüber verteidigten. Die Zusammenkunft verschiedener Gruppen, die Flüchtlinge unterstützten, die als Runder Tisch begann und das Gespräch mit der Verwaltung suchte, reduzierte sich so auf einen Austausch zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Verwaltung. Im Verlauf der Verhandlungen verhärteten sich die Fronten, insbesondere ab 1998. Am Ende dieses Jahres wurden alle Flüchtlinge, die Atteste bei der Ausländerbehörde einreichten, um eine Traumatisierung und ihre Behandlung geltend zu machen, zu einer erneuten Begutachtung durch den Polizeiärztlichen Dienst geschickt. Zuvor wurden die Stellungnahmen und Atteste durch das Berliner Gesundheitsamt auf formale Kriterien hin geprüft und der Ausländerbehörde mitgeteilt, ob die betreffende Person zum Kreis der Traumatisierten zu zählen war oder nicht. 1997 war jedoch die zuständige Psychiaterin beim Berliner Gesundheitsamt berentet worden und kein anderes Personal verfügbar. Nach einer mehr als einjährigen Pause begann die erneute Überprüfung der Atteste durch den Polizeiärztlichen Dienst. Dabei wurden jetzt die Flüchtlinge selbst nochmals untersucht und die begutachtende Psychologin kam oft zu anderen Ergebnissen als die Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzten, die die Atteste ausgestellt hatten. Das führte zu gegenseitigen Anschuldigungen.

Dieser Zustand war über mehrere Jahre für Berlin bezeichnend: Es gab zwar offizielle Weisungen<sup>18</sup>, die sicherstellen sollten, dass traumatisierte Flüchtlinge eine Aufenthaltsverlängerung erhielten, doch die Ausländerbehörde setzte diese Weisungen nicht vollständig oder nach eigenem Ermessen um, was durch die Berliner Senatsverwaltung für Inneres toleriert wurde (vgl. Hohlfeld 2008: 207 ff.). Im Gegenzug mobilisierten Flüchtlinge unterstützende Gruppen und Einzelpersonen – vor allem Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und

---

Senatsverwaltung für Inneres „regelmäßig durch den Verfasser vertreten“ sei.

<sup>18</sup> Eine Weisung ist eine Anordnung, die vorgibt, wie das geltende Gesetz in der Verwaltungspraxis zu interpretieren/anzuwenden ist und berücksichtigt weitere politische Regelungen, wie zum Beispiel die Beschlüsse der Innenministerkonferenz. Die Berliner Weisungen waren für alle Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Ausländerbehörde verbindlich und wurden von der Senatsverwaltung für Inneres in Abstimmung mit der Ausländerbehörde ausgearbeitet.



Psychologen, denn bei diesen suchten die ausreisepflichtigen Bosnierinnen und Bosnier insbesondere Hilfe – die Medien. Doch die geschaffene mediale Öffentlichkeit bewirkte vorerst nicht die angestrebte politische Kursänderung.

Aus dieser von den eigenen Weisungen abweichenden Praxis der Ausländerbehörde resultierte eine Vielzahl von Klagen, die in enger Zusammenarbeit zwischen Rechtsanwältinnen, Rechtsanwälten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten formuliert wurden,<sup>19</sup> und Einsprüchen, die in Beratungsstellen erstellt wurden. Dazu wurden Textbausteine eingesetzt, so wie es auch die Ausländerbehörde tat, um der hohen Zahl der Anträge Herr zu werden. Hier lag eine Quelle für Verfahrensfehler, die sich später auswirkten. Thomas Hohlfeld<sup>20</sup> (2008) beschreibt die chaotischen Zustände in den Büros von Unterstützerinnen und Unterstützern der Flüchtlinge und dass der Einsatz von Textbausteinen später für die Flüchtlinge zu weiteren Problemen bei der Erreichung eines Aufenthaltstitels führte. Denn oft schlichen sich wegen Zeitmangel und unpräziser Übersetzungen falsche Angaben ein, die dann den Flüchtlingen angelastet wurden (Hohlfeld 2008: 239). So wurde es zur Aufgabe der Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzten, in späteren Gutachten diese Widersprüche wegzuzugleichen und die Fluchtgeschichten wieder in eine logische Reihenfolge zu bringen.

In den Attestierungen wurden deshalb Ausführungen zu Reisewegen und Verwandtschaftsverhältnissen gemacht. Die Beschreibungen der Fluchtwege in aller Detailliertheit oder Erwähnungen von Verwandten, mit denen einzelne Personen nach Berlin kamen, waren für die Ausländerbehörde wichtig, weil sie damit begonnen hatte, die Akten auf Widersprüchlichkeiten hin zu prüfen und auch Angaben verschiedener Familienmitglieder miteinander verglich, um „Unstimmigkeiten“ festzustellen. Die Flüchtlinge selbst wurden nie in einem Gespräch zur Darlegung ihrer Beweggründe, Ansichten und Möglichkeiten aufgefordert; diese Informationen wurden stets über Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten vermittelt.

Mit dieser sogenannten Schlüssigkeitsprüfung<sup>21</sup> begann die Berliner Ausländerbehörde, weil die Zahl der Flüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina und auch aus anderen ex-jugoslawischen Nachfolgestaaten, die Atteste einzureichen begannen, um ihren Aufenthalt zu verlängern, stieg. Lediglich in den Attesten gab es mehr oder weniger detaillierte Angaben zum Fluchtweg und zur Nationalität der Betroffenen. Andere Schriftstücke mit solchen individuellen Schilderungen standen

---

<sup>19</sup> Das zuständige Berliner Verwaltungsgericht war deshalb überlaufen und arbeitsunfähig. Genauer beschreibt Thomas Hohlfeld diese Teilarena meines Feldes (Hohlfeld 2008, insbesondere Kapitel F). Da der gerichtliche Weg zum Erhalt eines Aufenthaltstitels nicht mein Thema ist, belasse ich es bei diesem Hinweis und Querverweisen dort, wo es mir wichtig erscheint.

<sup>20</sup> Thomas Hohlfeld war jahrelang für die Rechtsberatungsstelle „Asyl in der Kirche“ tätig und bot auch wöchentliche Beratungstermine im Südost Europa Kultur e. V. an. Er schrieb eine Dissertation (2008) über die Berliner Aufnahmepolitik unter besonderer Berücksichtigung der Situation bosnischer Bürgerkriegsflüchtlinge. Ich beziehe mich im Verlauf meiner Arbeit oft auf das umfangreiche von ihm zusammengetragene Material, wobei ich seinen Schlussfolgerungen nur bedingt zustimme. Er bleibt der Rolle des Flüchtlingsunterstützers meiner Meinung nach auch im Rahmen seiner wissenschaftlichen Arbeit verhaftet und gewinnt keinen kritischen Abstand.

<sup>21</sup> In der „Schlüssigkeitsprüfung“ wurden die Stellungnahmen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Bezug auf deren Schilderung der Fluchtgeschichte ihrer Klientinnen und Klienten miteinander und mit anderen in den Akten der Betroffenen (und, wenn vorhanden und bekannt, deren Familienangehörigen) enthaltenen Dokumenten und Vermerken verglichen und auf Schlüssigkeit geprüft (Abgeordnetenhaus Berlin 06.08.2001).

der Ausländerbehörde nur in Ausnahmefällen zur Verfügung, wurden aber im Rückkehrprozess wichtig. Dabei konnten sich sowohl die Atteste von verschiedenen Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen untereinander als auch die Ausführungen der Beratungsstellen widersprechen. Die Atteste waren anfangs kürzer und wurden ebenfalls anerkannt. Ausführlicher mussten sie nach den Schulungen der Psychotherapeutenkammer sein, die seit Ende 2002 stattfanden. Auf diesen Weiterbildungen wurde explizit auf die Notwendigkeit einer umfassenden Attestierung hingewiesen. Die Schulungen und die damit verbundene Selbstregulation der begutachtenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen sind ein wichtiges Ergebnis der Aushandlungsprozesse um den Aufenthalt für traumatisierte Bosnierinnen und Bosnier.

Doch wie kam es dazu? Neben der Schlüssigkeitsprüfung gab es noch einen weiteren Verwaltungsbegriff, der auf die Integrität behandelnder Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen zielte: Gefälligkeitsatteste. Gefälligkeitsatteste wurden bereits im März 1996 im Vorfeld der Vorbereitung einer Sitzung der Arbeitsgruppe Rückführung der Ständigen Innenministerkonferenz befürchtet, als es um die Erarbeitung eines Mustererlasses ging, der die Rückführungsgrundsätze für die Bosnierinnen und Bosnier, die im Januar 1996 beschlossen wurden, umsetzen sollte. Für die Erarbeitung einer Vorgehensweise in Bezug auf „traumatisierte Flüchtlinge“ war das Bundesland Berlin zuständig. Der Berliner Standpunkt war ambivalent. Von der Berliner Senatsverwaltung für Inneres wurden auf der einen Seite Gefälligkeitsatteste befürchtet und auf der anderen die ursprüngliche Stichtagsregelung zur Geltendmachung einer Traumatisierung bei den Behörden als zu eng abgelehnt.<sup>22</sup>

Als Gefälligkeitsatteste oder -gutachten wurden einige Monate später insbesondere Attestierungen von zwei Ärzten bezeichnet.<sup>23</sup> Beide sprachen Serbokroatisch und behandelten deshalb vor allem bosnische Kriegsflüchtlinge, die weitere Verwandte und Freunde zu den gleichen Ärzten schickten oder mitnahmen, zu denen sie auch schon über Empfehlungen gelangten und deren Atteste bei der Verlängerung eines Aufenthalts halfen. Die beiden Berliner Ärzte, deren Unterschriften unzählige Atteste trugen, wurden von der Ausländerbehörde und anderen verwaltungsnahen Institutionen<sup>24</sup> der Ausstellung von Gefälligkeitsgutachten bezichtigt. Ihre Atteste wurden nicht mehr anerkannt. Von den betroffenen behandelnden Ärzten und ihren Kolleginnen und Kollegen wurde dies als Rufmord empfunden und die Berliner Ärztekammer als Berufsverband und Interessenvertretung um Unterstützung gebeten, die dies in der Öffentlichkeit thematisierte (Soliman 2000).

Die Berliner Ausländerbehörde war gezwungen, auf die eingereichten Attestierungen zu reagieren, sonst hätte das Verwaltungsgericht den klagenden Flüchtlingen eine Aufenthaltsbefugnis zugesprochen. Deshalb verfolgte sie in dieser Zeit zwei Strategien: Zum einen wurden die

---

<sup>22</sup> Sitzung der Arbeitsgruppe Rückführung am 27./28.03.1996 in Düsseldorf. Protokoll und vorbereitende Schriftstücke aus der Akte der Berliner Senatsverwaltung für Inneres.

<sup>23</sup> Vgl. Abgeordnetenhaus Berlin 28.04.2000, wo der Verdacht bestätigt, allerdings noch keine Klage erhoben wurde.

<sup>24</sup> Auch Frau Professor John, ehemalige Ausländerbeauftragte für Berlin, äußerte sich im Gespräch diesbezüglich und zweifelte die Attestierungen von Herr Dr. B. an. In der Weiterwanderungsberatungsstelle, in der ich arbeitete, wurden seine Attestierungen und die seines jugoslawischen Kollegen, wie beschrieben, ebenfalls nicht mehr anerkannt (vgl. S. 4).

Flüchtlinge zu der auf Seite 19 erwähnten Untersuchung durch den Polizeiärztlichen Dienst geschickt, wo ein Arzt und eine Psychologin die Flüchtlinge begutachteten. In ihren abschließenden Mitteilungen an die Ausländerbehörde wurde zum Teil die Traumatisierung der Flüchtlinge an sich nicht infrage gestellt, jedoch deren Schwere, sodass eine Rückkehr oder Abschiebung laut Polizeiärztlichem Dienst nicht gesundheits- oder lebensgefährdend war. Damit hatte die Ausländerbehörde ein ärztliches oder psychologisches Gutachten, das ihr die Abschiebung ermöglichte. Dagegen klagten die Flüchtlinge berechtigterweise auf Anraten der Unterstützenden, denn in der geltenden Weisung stand nichts darüber, ab welcher Schwere der Aufenthalt zu verlängern sei. Diagnostisch betrachtet gibt es keine standardisierte Einteilung für die Schwere der Krankheit.

Zum anderen wurde versucht, den beiden Ärzten mit den meisten Patientinnen und Patienten bzw. Attesten nachzuweisen, dass sie die Atteste aus Gefälligkeit ausstellten. Im Fall des Allgemeinarztes wurde der Nachweis erbracht und er verlor seine Approbation. Allerdings war er als Allgemeinarzt ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung auch im Weisungssinn nicht qualifiziert, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren und zu therapieren. Im zweiten Fall war die Situation schwieriger, denn Herr Dr. B. ist Psychiater und stellte seinen Patientinnen und Patienten Atteste als Facharzt aus. Doch sowohl seine anamnestischen Gespräche als auch seine Atteste waren im Vergleich zu solchen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kürzer.<sup>25</sup> Die Berliner Senatsverwaltung für Inneres stellte Strafanzeige gegen Herrn Dr. B.. Seine Praxis wurde durchsucht und Patientenakten sichergestellt. Hierbei handelt es sich um einen schweren Eingriff in die Sphäre von Ärztinnen und Ärzten, die der Schweigepflicht unterliegen, Patientenakten verschlossen aufbewahren und vor fremdem Zugriff schützen müssen. Der Fall von Herrn Dr. B. bildete einen ersten Höhepunkt in der Konfrontation von Verwaltung und Ärztinnen und Ärzten. Danach wurde der Ton härter.

Die Nichtanerkennung ärztlicher Atteste wurde von der Berliner Ärztekammer offensiv in die Öffentlichkeit getragen. Sie wurde als Schlagzeile genutzt, um auch Politikerinnen und Politiker auf die Probleme der Flüchtlinge, die sich noch in Deutschland, aber vor allem in Berlin aufhielten, aufmerksam zu machen.<sup>26</sup> Die Ausländerbehörde setzte jedoch ihre Praxis fort. Mittlerweile rieten die Beratungsstellen ihren Klientinnen und Klienten davon ab, zu der Begutachtung durch den Polizeiärztlichen Dienst zu gehen, zumeist mit dem entschuldigenden Verweis auf unzureichende Deutschkenntnisse und fehlende übersetzende Verwandte oder Bekannte. Im Berliner Verwaltungsgericht türmten sich die Klagen von Flüchtlingen, deren Traumatisierungen während der Zweitbegutachtung nicht bestätigt wurden. Die negativen Gutachten des Polizeiärztlichen

---

<sup>25</sup> Zwei meiner bosnischen Gesprächspartner kommentierten die Kürze der Gespräche bei Herrn Dr. B. im Interview – einer mit „ruck-zuck, fertig“. Sie kontrastierten dies mit Gesprächen bei Psychologinnen und Psychologen, in denen ihnen mehr Zeit eingeräumt wurde.

<sup>26</sup> So wurde während einer Debatte im Berliner Abgeordnetenhaus am 23.03.2000 Innensenator Werthebach auf die Kritik an den Begutachtungen des Polizeiärztlichen Dienstes durch die Berliner Ärztekammer und das Verwaltungsgericht angesprochen (Abgeordnetenhaus Berlin 23.03.2000). Die Ärztekammer ging nach der Praxisdurchsuchung und Beschlagnahmung von 600 Patientenakten an die Öffentlichkeit und kritisierte das Vorgehen der Berliner Senatsverwaltung für Inneres mit Unterstützung des Verwaltungsgerichts in der Sendung „Kontraste“ vom 06.07.2000, wo der Senatsverwaltung für Inneres Rufmord an der Ärzteschaft unterstellt wurde. Der Ton ist eindeutig konfrontativ (Soliman 2000).

Dienstes konnten nur vor Gericht angefochten werden. In den Verhandlungen gab das Verwaltungsgericht ein neues Gutachten in Auftrag, das in den meisten Fällen positiv ausfiel. Ein vorsitzender Richter sprach sogar von einer hundertprozentigen Bestätigung der Atteste der niedergelassenen Klinikerinnen und Kliniker (Soliman 2000) und damit einer ebenso hundertprozentigen Widerlegung der Einschätzung des Polizeiärztlichen Dienstes.

Die Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes, die vor allem bosnische Flüchtlinge begutachtete, geriet zunehmend in die Kritik von Kolleginnen und Kollegen.<sup>27</sup> Ein Zufall erforderte das Einlenken der Senatsverwaltung für Inneres: Die Psychologin selbst wurde im Oktober 2000 wegen Verfolgungswahns in die Bonhoeffer-Nervenklinik eingewiesen (Stark 2000). Ihr krankheitsbedingter Ausfall schlug in der Öffentlichkeit hohe Wellen und war Wasser auf die Mühlen der Unterstützerinnen und Unterstützer der Flüchtlinge.<sup>28</sup> Danach konnten sowohl Senatsverwaltung als auch Ausländerbehörde an ihrer Praxis der Ablehnung von Attesten nicht mehr festhalten, denn eine Begutachtung Traumatisierter durch eine psychisch erkrankte Mitarbeiterin war unhaltbar. Neues Personal wurde dennoch nicht eingestellt.

Der Ausfall von Gegenbegutachtungen machte die Suche nach neuen Lösungen notwendig. Vorerst entschied die Ausländerbehörde nicht über die eingereichten Atteste, sondern verlängerte die Duldungen betroffener Bosnierinnen und Bosnier. Die Berliner Ärztekammer schlug bereits Mitte 2000 ein gemeinsames Konsil<sup>29</sup> mit dem Polizeiärztlichen Dienst vor, wenn eingereichte Stellungnahmen Anlass für Zweifel gaben. Alle eindeutigen Krankheitsbefunde sollten von der Ausländerbehörde nicht prinzipiell nachgeprüft werden (Abgeordnetenhaus Berlin 23.03.2000).

Auf der Innenministerkonferenz im November 2000 war das Thema Bleiberecht für traumatisierte Bosnierinnen und Bosnier wieder auf der Tagesordnung. Unter anderem führte die erfolgreiche bundesweite Lobbyarbeit von Flüchtlingsunterstützerinnen und -unterstützern<sup>30</sup> dazu, dass sich bis Sommer 2000 über 100 Bundestagsabgeordnete fraktionsübergreifend für eine Regelung einsetzten.<sup>31</sup> Das Resultat war die Verabschiedung der sogenannten Traumatisiertenregelung, in der

---

<sup>27</sup> Insbesondere in einer Studie des Behandlungszentrums für Folteropfer wurden die Stellungnahmen des Berliner Polizeiärztlichen Dienstes untersucht und seine Kompetenz angezweifelt (Birck 2000).

<sup>28</sup> Er fand jedoch keinen Niederschlag in den Akten der Berliner Senatsverwaltung für Inneres, was mich vermuten lässt, dass in dieser Zeit viel telefonisch abgesprochen und nicht protokolliert wurde. Überraschenderweise wurden auch keine Presseartikel archiviert und Stellungnahmen der Senatsverwaltung für Inneres, die es jedoch gab, wie aus anderen parlamentarischen Materialien zu entnehmen ist (vgl. Abgeordnetenhaus Berlin 06.07.2000). Herr Hampel konnte mir keinen anderen Ort der Akte benennen, wo weitere Dokumente zu finden sein könnten. Hier „schweigt“ die Akte der Senatsverwaltung für Inneres, weil keine Schriftstücke existieren oder nicht archiviert wurden.

<sup>29</sup> In einem Konsil wird patientenbezogen von einer Ärztin oder einem Arzt die Meinung von spezialisierten Kolleginnen und Kollegen eingeholt. Insbesondere in Krankenhäusern werden Konsile genutzt, wenn der Verdacht auf weitere Erkrankungen besteht, die außerhalb des Spezialgebietes liegen, das die Abteilung vertritt. Wird zum Beispiel ein älterer Patient nach einem Sturz in die Orthopädie eingeliefert, weist jedoch auch Verwirrungszustände auf, so wird in der Psychiatrie oder Neurologie ein Konsil angefragt und eine Fachärztin oder ein Facharzt einer der beiden Disziplinen prüft, ob der Patient eventuell auch gerontopsychiatrisch versorgt werden muss.

<sup>30</sup> Bosnien-Herzegowina war im Jahr 2000 Brennpunktthema von Pro Asyl, d. h. es wurde vor allem über bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge berichtet (Pro Asyl 2000b). Im Jahresbericht 1999/2000 werden die Bemühungen dargestellt (Pro Asyl 2000a: 5).

<sup>31</sup> Im Vorfeld der Innenministerkonferenz im Herbst 2000 sprach sich am 30.06.2000 eine große Zahl von Bundestagsabgeordneten für die Einhaltung humanitärer Grundsätze in der Flüchtlingspolitik aus. Dabei ging es an erster Stelle um die noch verbliebenen bosnischen Kriegsflüchtlinge, aber auch um Kosovarinnen, Kosovaren und ethnische Minderheiten aus dem ehemaligen Jugoslawien (vgl. Bundestag 30.06.2000).

festgelegt wurde, dass alle traumatisierten Flüchtlinge, die während des Krieges in Bosnien nach Deutschland eingereist waren und sich aufgrund einer kriegsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörung seit spätestens dem 31.12.2000 in therapeutischer Behandlung befanden, eine zweijährige Aufenthaltsbefugnis erhalten sollten, die dann ohne weitere Prüfung erneut um zwei Jahre verlängert würde. Formal wurde damit traumatisierten Bosnierinnen und Bosniern ein Daueraufenthalt ermöglicht, denn nach den vier Jahren mit einer Aufenthaltsbefugnis konnten sie eine Aufenthaltserlaubnis erhalten.

Für viele Unterstützerinnen und Unterstützer war diese Weisung der Durchbruch, der nach langer und intensiver Lobbyarbeit die ersehnte Daueraufhaltungsperspektive für die traumatisierten bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge brachte. In einer Mitteilung vom 05.12.2000 bezog Innensenator Werthebach Stellung zum Sachverhalt und informierte, dass die Berliner Kammern der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gebeten wurden, eine verbindliche Regelung zu finden (Abgeordnetenhaus Berlin 05.12.2000a). Vom gleichen Tag stammt auch die Beantwortung einer Kleinen Anfrage, in der mitgeteilt wurde, dass die Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes seit 21.11.2000 „von der Überprüfungstätigkeit freigestellt“ wurde (Abgeordnetenhaus Berlin 05.12.2000b). Die danach geltende Weisung vom Februar 2001, der eine Liste mit formalen Anforderungen an ein fachärztliches Attest beiliegt, wird jedoch nicht umfassend angewandt und vor allem nicht schnell. Am 26.09.2002 – fast 2 Jahre nach dem Beschluss der Innenministerkonferenz – beschloss das Berliner Abgeordnetenhaus, dass die Senatsverwaltung darauf hinwirken sollte, die Anträge traumatisierter Flüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina beschleunigt zu entscheiden. Dafür sollten in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer Kriterien für das Verfassen gutachterlicher Stellungnahmen festgelegt und Listen mit qualifizierten Gutachterinnen und Gutachtern erstellt werden (Abgeordnetenhaus Berlin 06.01.2003).

Beauftragt wurde eine Arbeitsgruppe aus Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, die Standards für die Begutachtung psychotraumatisierter Menschen erarbeiten sollte (Haenel/Wenk-Ansohn 2004: IX ff.).<sup>32</sup> Diese Standards wurden mit der Berliner Innenverwaltung abgestimmt und im November 2002 wurden zwei Listen durch die Kammern erstellt, die Namen und Adressen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten enthielten, die qualifiziert waren, traumatisierte Flüchtlinge zu begutachten. Die Kammern garantierten für die Qualifizierung der gelisteten Expertinnen und Experten, die die erarbeiteten und abgestimmten Standards in ihren Attesten einhalten mussten. Parallel entstand ein Curriculum, eine Weiterbildungsveranstaltung, die absolviert werden musste, wenn eine Ärztin oder Psychotherapeutin bzw. ein Arzt oder Psychotherapeut gutachterliche Stellungnahmen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren verfassen wollte. Diese – nun sehr ausführlichen – Atteste wurden

---

<sup>32</sup> Die Arbeitsgruppe verfügt über eine Homepage ([www.sbp.m.de](http://www.sbp.m.de)), auf der sie für ihre Weiterbildungsangebote wirbt. Ausgehend von dieser – vor allem auf Berlin konzentrierten – Gruppe wurde von den Delegierten des Deutschen Ärztetages im Mai 2002 von der Bundesärztekammer gefordert, dass sie auf die Erarbeitung einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema hinarbeiten solle (vgl. Gierlichs 2002 und Haenel/Wenk-Ansohn 2004: 6). Der Artikel im Ärzteblatt bezog sich klar auf den „Gutachterskandal“ in Berlin. Offensichtlich existierte die Gruppe schon vor dem Mai 2002, als der Ärztetag stattfand bzw. engagierten sich bereits einzelne Mitglieder, bevor im September 2002 auch der offizielle Auftrag des Berliner Abgeordnetenhauses an die beiden Berufsverbände erging.

ohne weitere Nachfragen von der Ausländerbehörde anerkannt.

Die Neuregelungen verursachten mehr (Schreib-)Arbeit bei den gelisteten Spezialistinnen und Spezialisten, die nicht nur Stellungnahmen für ihre Patientinnen und Patienten schrieben, sondern auch für Flüchtlinge, die bei Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen oder Psychologen in Behandlung waren, deren Stellungnahmen nicht anerkannt wurden, weil sie nicht auf den Kammerlisten standen. Die Weiterbildungen bedeuteten auch für Therapeutinnen und Therapeuten zusätzliche Aufträge, die vorher keine oder nur wenige Stellungnahmen schrieben. Doch nur langsam und mit mehr als zweijähriger Verzögerung begann die Berliner Ausländerbehörde ab Anfang 2003, Aufenthaltserlaubnisse auszugeben<sup>33</sup>, auch wenn bereits im September 2002 ein beschleunigtes Verfahren beschlossen worden war (Abgeordnetenhaus Berlin 06.01.2003). Die letzte abschließende Berliner Weisung wurde im Sommer 2006 erlassen, kurz bevor ich mein Interview mit Herrn Hampel, dem Referenten für Ausländerrecht bei der Berliner Senatsverwaltung für Inneres, führte.

Am Ende fanden sich die behandelnden Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen damit ab, viele Seiten schreiben zu müssen, um den Flüchtlingen einen Aufenthalt zu sichern. Die Flüchtlinge fanden sich damit ab, immer wieder Papiere auf die Behörden zu tragen, und die Behörden und Verwaltungen erkannten die von den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern produzierten Schriftstücke an. Wo sie es nicht taten, wurden sie vom Verwaltungsgericht dazu verpflichtet. Mit der letzten Weisung erhielten alle bosnischen Flüchtlinge, die irgendwann eine Traumatisierung geltend gemacht hatten und deshalb in psychotherapeutischer Behandlung waren, eine Aufenthaltserlaubnis nach dem neuen Zuwanderungsgesetz, darunter auch meine Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner, die zum Zeitpunkt des Interviews noch keinen sicheren Aufenthaltsstatus hatten. Damit scheint das Kapitel „traumatisierte bosnische Flüchtlinge in Berlin“ abgeschlossen. Für die Verwaltung ist es das auch weitestgehend. Dennoch haben diese Entwicklungen viele Spuren hinterlassen, von denen ich einigen in dieser Arbeit nachgehe.

Und ich beginne mit denen, die immer wieder übersehen werden. In den gerade dargestellten politischen Entwicklungen verschwinden nicht nur die Flüchtlinge, sondern es verschwindet auch die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung. Sie ist ein Bezugspunkt, um den es immer wieder geht und der aufgrund seiner spezifischen Entstehung, Beschaffenheit und Logik Diskussions- und Verhandlungsräume öffnete. Deshalb beleuchte ich im nun folgenden zweiten Kapitel die Diagnosekategorie, um den Lesenden einen Eindruck von ihrer Vielschichtigkeit zu geben. Außerdem beabsichtige ich damit, einen kritischen Abstand zu den weiteren Standpunkten zu ermöglichen, vor allem die Flüchtlinge nicht der Diagnose auszuliefern und die Behandelnden nicht von vornherein zu den Expertinnen und Experten zu machen, zu denen sie mit der zunehmenden Popularität der Diagnose wurden.

---

<sup>33</sup> So ist in einem Beratungsprotokoll des Berliner Flüchtlingsrates zu lesen, dass es auch im Januar 2003 noch zu Verzögerungen kam, die Beratungsstellen überlastet waren und die Ausländerbehörde die Weisung nicht immer umsetzte. Fälle, in denen gegen die Weisung verstoßen wurde, sollten gesammelt und die Kammern darauf hingewiesen werden (Flüchtlingsrat Berlin 2003: 3 f.).

## 2 Die Krankheit

*There is no definition of either health or disease that does not include some quiet background of cultural values. To some extent, the naming of a disease tells us something about what a culture most despises (Post 2000: 249).*

Den Hintergrund für die politischen Verhandlungen um einen Aufenthalt für Flüchtlinge bildete die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung. Aber es wäre falsch davon auszugehen, dass die Diagnose eine klare Kategorie ist, die wie ein Messinstrument benutzt werden kann und eindeutige und richtige Ergebnisse liefert. Zwar wird sie im psychiatrisch-psychologischen Diskurs so behandelt, als hätte sie klare Grenzen und wäre messbar. So werden Fragebögen, die der Diagnostik dienen, beispielsweise als „Instrumente“ bezeichnet. Doch es ist eher ein diskursives Feld, das sich in der Diagnose stabilisiert hat. Die Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung, wie sie heute in den Diagnosehandbüchern steht, ist das Ergebnis einer mehr als hundertjährigen Entwicklung, die sich in das Krankheitskonzept eingeschrieben hat. Sie bleibt selbst weitestgehend unsichtbar und wird durch die Produktion von bestätigenden Daten aktiv ausgelöscht. Im folgenden Kapitel werde ich die wichtigsten Patchworkstücke zusammentragen, die die Spannungen im Krankheitskonzept verdeutlichen und ihre historische Eingebundenheit illustrieren.

Jede Krankheitskategorie hat eine eigene Entstehungsgeschichte und ihre Berechtigung in einem spezifischen sozialen und historischen Umfeld. Diese Auffassung ist der Ausgangspunkt meiner Analysen. Meine Ausführungen bauen vor allem auf den theoretischen Vorarbeiten von Alan Young auf. Er schreibt in der Einleitung zu seinem Buch „The Harmony of Illusions“ in Bezug auf die Posttraumatische Belastungsstörung:

The disorder is not timeless, nor does it possess an intrinsic unity. Rather, it is glued together by the practices, technologies, and narratives with which it is diagnosed, studied, treated, and represented and by the various interests, institutions, and moral arguments that mobilized these efforts and resources (Young 1995: 5).

Für die Diagnostik und Behandlung der „Post-Traumatic Stress Disorder“ in einem US-amerikanischen Behandlungszentrum für Vietnamveteranen analysierte er diese verschiedenen Interessen, Akteure und moralischen Argumente beispielhaft. Aus medizinhistorischer Sicht beschäftigte sich Esther Fischer-Homberger mit „Trauma“ und wies nach, dass Trauma keine Analogie zur körperlichen Verletzung, der Wunde, ist, sondern ein Weiterdenken der körperlichen Verwundung, die sich im Mentalen manifestiert (Fischer-Homberger 1999). Zusätzlich hat Traumatisierung seit ihren konzeptionellen Anfängen als traumatische Neurose eine soziologische Komponente und ist gesellschaftlich eingebunden (Fischer-Homberger 2004: 171 ff.), wie es auch Young postulierte.

Als Verbindung zwischen Körper und Geist fungiert das Gedächtnis. Dessen Rolle bei den Entwicklungen des Konzeptes der Posttraumatischen Belastungsstörung beleuchtet Ruth Leys in ihrem Buch „Trauma. A Genealogy“ (Leys 2000). Dabei folgt sie den Gedanken Ian Hacking und seinen Ausführungen zu Gedächtnispolitiken als neuem Regulationsprinzip (Hacking 1996). Er

sieht Gedächtnispolitiken in einer Reihe mit Michel Foucaults Bio- und Körperpolitiken, die im ausgehenden 18. Jahrhundert entstanden und sich bestimmter Regulierungstechniken bedienen. Foucault untersuchte beispielhaft die Sexualität, die erst als Wissensfeld geschaffen und dann regulierbar und reguliert wurde im Interesse der Nation (Biopolitik) oder des Individuums (Körperpolitik). Beide Politiken sind eng miteinander verbunden und greifen ineinander, denn der Gattungskörper der Nation setzt sich aus den Körpern einzelner Individuen zusammen. Doch Foucault zufolge ist es keine Macht „von oben“, die die individuellen Körper regiert, im Gegenteil: sie ist geradezu demokratisch, denn sie wirkt in den Individuen und durch sie.

Ian Hacking erweitert diese beiden Konzepte um Gedächtnispolitiken, die seiner Meinung nach über die Erinnerung auf die Identität von Individuen zielen und diese regulieren. Identität konstituiert sich seit der cartesianischen Philosophie in westlichen Industriegesellschaften über Erinnerung und die erinnernde Erzählung der Vergangenheit. Damit ist Identität, die Hacking als Seele<sup>34</sup> bezeichnet, so wie Körper für Modifizierungen offen, die den Foucault'schen Techniken folgen. Insbesondere sind die Gedächtnispolitiken in Psychiatrie, Psychologie, Psychoanalyse und Psychotherapie zu finden, die Nikolas Rose als „Psy“-Wissenschaften zusammenfasst (Rose 1985, 1998) und in weiteren Wissenschaften, die sich mit dem Gedächtnis beschäftigen, insbesondere den Neurowissenschaften, die die biologischen Grundlagen des Gedächtnisses erforschen.

Die Entwicklung der Diagnosekategorie „Posttraumatische Belastungsstörung“ ist ein Teil der von Hacking beschriebenen Gedächtnispolitiken. Sie entsteht in, mit und durch die sich zunehmend professionalisierenden „Psy“-Wissenschaften. Aufgrund ihrer Struktur eignet sie sich besonders gut als *boundary object*, das durch Star und Griesemer folgendermaßen definiert wurde:

Boundary objects are objects which are both plastic enough to adapt to local needs and the constraints of the several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites. They are weakly structured in common use, and become strongly structured in individual-site use. These objects may be abstract or concrete. They have different meanings in different social worlds but their structure is common enough to more than one world to make them recognizable, a means of translation. The creation and management of boundary objects is a key process in developing and maintaining coherence across intersecting social worlds (Star/Griesemer 1989: 393).

Die Voraussetzungen für diese Plastizität der Diagnose, ihre Brüche und Widersprüchlichkeiten, die es ermöglichen, sie in verschiedenen sozialen Welten zwar unterschiedlich, aber dennoch wiedererkennbar einzusetzen, stehen im Mittelpunkt der folgenden Betrachtung. Dazu zeichne ich die historischen Entwicklungen nach und diskutiere die aktuelle Definition der Störung. Sie bilden als Eigenschaften des *boundary objects* die Grundlage für die Verhandlungen um ein Aufenthaltsrecht für traumatisierte Bürgerkriegsflüchtlinge und ihre psychotherapeutischen Behandlungen, die ich in den darauf folgenden Kapiteln darstellen werde. Doch zunächst geht es

---

<sup>34</sup> Ich verwende in der vorliegenden Arbeit sowohl „Seele“ als auch „Identität“ synonym. Unter beiden Konzepten verstehe ich den nichtmateriellen Teil eines Menschen, um bei der dualen Trennung in Körper und Seele/Geist zu bleiben. Obwohl Seele eher mit esoterischen und religiösen Ideen verbunden wird, finde ich diesen Begriff sehr produktiv, da es in allen Psyche-Diskussionen um den nichtmateriellen Wesensteil, sprich Seele, geht, die durch den Begriff „Identität“ abstrahiert und verwissenschaftlicht wird. Dies ist bereits Teil der Gedächtnispolitiken: Die Problematisierung eines Phänomens, in diesem Fall der Seele, die als Identität erforscht, theoretisch beschrieben und somit auch normiert und reguliert werden kann.



um den diskursiven Akteur meiner Arbeit – die Posttraumatische Belastungsstörung.

## 2.1 Die Vorläufer

Erste Vorläufer der heutigen Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung wurden im ausgehenden 19. Jahrhundert von Chirurgen in England als Folgeschäden von Eisenbahnunfällen unter dem Namen *railway spine* beschrieben. Allein in diesem Umstand spiegeln sich mehrere neue Gegebenheiten und Umbrüche wider. Die Eisenbahn, selbst ein wichtiger Modernisierungsmotor, rief gleichzeitig neue ungeahnte Dimensionen von Unfällen hervor. Zur Euphorie und Faszination der Geschwindigkeit und Kraft gesellte sich der bittere Beigeschmack des Unfallrisikos. Chirurgen waren sowohl mit der Versorgung von Unfallopfern beauftragt als auch mit der Berichterstattung gegenüber Eisenbahngesellschaften und Gerichten, die sich mit Regressforderungen der zu Schaden gekommenen Passagiere und ihrer Angehörigen auseinandersetzten. Auch Entschädigungszahlungen waren ein neues Phänomen, das mit Risikokalkulation und der in Bürgerlichen Gesetzesbüchern festgelegten Haftbarkeit von Leistungsanbietern, wie Eisenbahnen es sind, einhergingen. Fischer-Homberger mutmaßt, dass die Existenz einer Versicherung<sup>35</sup> es der Eisenbahn überhaupt erst ermöglichte, sich als Transportmittel durchzusetzen. Eisenbahnunfälle waren die ersten Unfälle, die zu einer Entschädigung berechtigten (Fischer-Homberger 1999: 265 f.). Durch die Absicherung wurden die Ängste potenzieller Passagiere soweit gemindert, dass sie das neue Transportmittel nutzten.

Genau in dieser gesellschaftlichen und epistemischen Umbruchphase, und *nicht* vorher, begann das Nachdenken, Beschreiben und Diagnostizieren von Traumafolgeschäden<sup>36</sup>. Dass die Menschheit immer schon mit psychischen Traumata kämpfte, wird häufig in psychologischen oder psychiatrischen Texten behauptet. So zitiert Young die Autoren Gerson und Calier, die die Existenz von Traumatisierungen im Gilgamesh-Epos wiederzuerkennen glauben (Gerson und Carlier zitiert in Young 1995: 5). Ein ähnliches Beispiel gibt Bessel van der Kolk, auf den ich bei meinen Betrachtungen zu Therapietechniken im vierten Kapitel nochmals zu sprechen kommen werde. Er ist ein häufig zitierter Autor, wenn es um die biologischen Grundlagen der Posttraumatischen Belastungsstörung geht: „Obwohl schon Homer und Shakespeare in ihren Dichtungen um posttraumatischen Stress wussten, wurde dessen Existenz von der Psychiatrie erst seit 1980 allgemein anerkannt, als PTSD in das DSM III aufgenommen wurde“ (van der Kolk 1995).<sup>37</sup> Diese Behauptungen sind eine Strategie, die neu eingeführte Diagnose als Innovation und Entdeckung zu konstruieren, sie gleichzeitig aber auch zu naturalisieren. Die Krankheit war schon immer da, aber jetzt hatte sie auch einen Namen und eine Diagnostik. Im Gegensatz dazu argumentiere ich, in

---

<sup>35</sup> In Deutschland wurde die erste Eisenbahn-Unfallversicherung im Jahr 1853 eingeführt; es war die erste Unfallversicherung überhaupt. Zuvor gab es Versicherungen für Elementarschäden und zur Alters- und Hinterbliebenenvorsorge (vgl.: Museum der deutschen Versicherungswirtschaft, undatiert).

<sup>36</sup> Nicht nur Traumafolgeschäden, diese jedoch besonders, richteten überhaupt erst das Augenmerk auf Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nach Unfällen, die in den entstehenden europäischen Sozialgesetzgebungen geregelt wurden. In den Eisenbahngesetzen fanden sich erste Festlegungen und machten ärztliche Begutachtungen in Verwaltungsvorgängen notwendig (Zeit/Jung 2004: 12 f.).

<sup>37</sup> Ähnlich bei Fischer und Riedesser (1998: 28 ff.) und bei Seidler und Eckart verallgemeinernd: „Schon immer haben Menschen auf traumatische Ereignisse reagiert und an ihnen gelitten“ (2005: 7).

Übereinstimmung mit Young und anderen Medizinanthropologinnen und Medizinanthropologen, dass Traumafolgeschäden in Form der Diagnosekategorie „Post-Traumatic Stress Disorder“ eine Zivilisationskrankheit sind, die ohne unsere westliche Zivilisation und deren Begleiterscheinungen nicht existieren würde. Deshalb ist sie auch nur eingeschränkt auf andere Gesellschaften und Gemeinschaften übertragbar und selbst im hiesigen europäischen Kontext sollte ihre Anwendung hinterfragt werden. Bereits bei den Vorläufern der Diagnose meldeten sich erste Zweifler, denn kein Arzt konnte Simulanten von Kranken unterscheiden (Young 2004; Fischer-Homberger 2004). Auch heute sind die Behandelnden und Begutachtenden auf die Beschreibungen ihrer Patientinnen und Patienten angewiesen, denn das Trauma ist (noch) nicht visuell nachweisbar (Zeit/Jung 2004: 17).<sup>38</sup> Die Benutzung des Wortes „Trauma“ setzte sich durch, wobei es eine begriffliche Leihgabe der Chirurgen ist, die die ersten Unfallopfer behandelten und begutachteten. Im chirurgischen Gebrauch bedeutet „Trauma“ die Wunde, der Schnitt, die Läsion, die Verletzung. Doch das Bild der körperlichen Wunde wurde nicht analog auf das Seelische übertragen, wie oft fälschlicherweise behauptet und vereinfachend angenommen wird, sondern ist, wie Alan Young, Ruth Leys und Esther Fischer-Homberger zeigen, eine weitergedachte körperliche Verletzung, die sich im Mentalen ausdrückt und deren biologische Grundlagen aufgrund mangelnder technischer Möglichkeiten (noch) nicht nachgewiesen werden können (Young 1996; Leys 2000; Fischer-Homberger 2004). Vor diesem Hintergrund sind aktuelle Versuche, das mentale Trauma durch Hirnaufnahmen sichtbar zu machen, nicht überraschend (vgl. Rauch et al. 1996<sup>39</sup>).

Nachdem die Eisenbahn sicherer wurde, tauchten weitere Beschreibungen von Traumafolgeschäden im Zusammenhang mit Sigmund Freuds Neurosenlehre<sup>40</sup> auf, in der er die Hysterie auf „sexuelle Traumen der frühen Kindheit“ (Freud 1999: 380) zurückführte. Von dieser Behauptung distanziert sich Freud jedoch ein Jahr später in einem Brief unter Verweis auf die kindliche Fantasie (Freud 1986: 283 ff.). Sein Widerruf der sogenannten Verführungstheorie wurde im Jahr 1984 als „assault on truth“ bezeichnet und unter diesem Titel publiziert (Masson 1984). Vor allem in feministischen psychoanalytisch orientierten Kreisen fand diese Arbeit Beachtung (vgl. Masson 1993), aber auch bei Personen, die als Multiple Persönlichkeiten oder als an einer Dissoziativen Persönlichkeitsstörung erkrankt diagnostiziert wurden (so wird die Störung neuerdings bezeichnet) sowie bei deren Unterstützerinnen und Unterstützern (vgl. Hacking 2001: 249 ff.). Ruth Leys

<sup>38</sup> Dies ist ein Umstand, der in einer zunehmend visuell ausgerichteten, beobachtenden Welt vielfältige Probleme der Glaubhaftigkeit psychischer Erkrankungen aufwirft und Bestrebungen generiert, psychische Störungen sichtbar zu machen in Messwerten oder auch Aufnahmen des Gehirns (in diesem Zusammenhang sind die ethnografischen Studien Joseph Dumits zu Positions-Emissions-Tomografien bei Psychiatriepatientinnen und -patienten erwähnenswert [Dumit 2003 und 2004]).

<sup>39</sup> Besonders imposant ist eine Liste mit (bisher) 52 Artikeln, die den genannten Artikel in verschiedenen Zeitschriften zitieren und mit dem ursprünglichen Artikel verlinkt wurden (Vgl.: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/53/5/380?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&andorexactitle=&and&andorexacttitleabs=&and&andorexactfulltext=&and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=53&firstpage=380&resourcetype=HWCIT> [Stand 04.06.2008]). Auf diese Studie komme ich in Zusammenhang mit Bessel van der Kolk bei den Therapietechniken im vierten Kapitel zurück.

<sup>40</sup> Semantisch bleibt Freud der Eisenbahn über sein Vokabular verbunden: Trieb, Entgleisung und Verkehr sind nur einige davon. Eines der beiden filmischen Umsetzungen der Freudschen „Traumdeutung“ in den 1920er Jahren setzt die Eisenbahn als Stilmittel ein, um die gewaltigen seelischen Regungen des westlichen Bürgers zu symbolisieren (Deutsche Kinemathek Museum für Film und Fernsehen 2006).

beschreibt die Anstrengungen Freuds, die seelischen Folgen von Traumata konzeptionell zu fassen und sie, gemäß seiner Theorie, in der Kindheit zu lokalisieren (Leys 2000: 18 ff.). Doch auch dem Großmeister des modernen Seelenlebens, dem Begründer der „Mikroskopie der Psyche“ (Hacking 2001: 252), gelang es nicht, Traumatisierungen schlüssig in sein Werk zu integrieren, was Raum für kontroverse Diskussionen ließ.

Der dritte Zusammenhang – nach Unfällen und Kindesmissbrauch –, in dem Traumafolgeschäden beobachtet und beschrieben wurden, war der 1914 ausgebrochene Erste Weltkrieg. Er war die größte kriegerische Auseinandersetzung, die bis dato je stattgefunden hatte. Der Krieg war industrialisiert worden. Erstmals wurden chemische Massenvernichtungswaffen eingesetzt; es marschierten keine Berufsarmeen mehr aufeinander zu, sondern von jedem männlichen Angehörigen der sich bekriegenden Nationen wurde erwartet, dass er bereit war, einen Heldentod für sein Vaterland zu sterben. Die Realität war weniger heroisch: Die Soldaten lagen monatelang in verregneten Schützengräben und starben durch Giftgas, an Unterernährung und Kälte.

So waren es vor allem Militärärzte, die sich mit traumatisierten Soldaten beschäftigten und sie behandelten – allerdings anders, als Freud die bürgerlichen Damen und Herren der Wiener Gesellschaft therapierte. Das Interesse der Militärärzte galt der Kriegstauglichkeit der Soldaten, und dementsprechend waren die Behandlungen darauf ausgerichtet, die Betroffenen wieder schnellstmöglich kampffähig zu machen.

In the eyes of the nerve doctors, the factitious memories were symptoms of a weak personality, of ego-ism or self-love, similar to the pathological narcissism that Karl Abraham discovered among his soldier patients. In their writing, the nerve doctors repeatedly call attention to the absence of war neurosis among wounded soldiers and prisoners-of-war, as evidence for Strümpell's pathological wish complex. According to Max Nonne and like-minded German doctors, a clinician could "cure" only by imposing his will on his patients. [...] Fritz Kaufmann took the battle a step further with a technique called the "attack" method, intended to "overwhelm" the patient through painful electric shock combined with suggestion. Kaufmann's aim was to get neurotic casualties back to the trenches, but some patients, already profoundly depressed on arrival, chose suicide instead (Young 2004: 135).

Nonne and Kaufmann made it clear that the war doctor's top priority must be the national interest rather than the patient's distress. The doctor's job was to make men fit to return to service, not to provide a way out. This attitude was shared by many physicians in other armies – British, French, and Italian (Young 2004: 138).

Die Behandlung der erschöpften Soldaten erfolgte im nationalen Interesse. Die Ärzte hatten einen klaren Auftrag und ihr Mitgefühl mit ihren Patienten hielt sich in Grenzen. Den Nervenärzten und Psychiatern der Armeen, die ihres Zeichens ebenfalls eine neue Entwicklung waren (vgl. Rose 1990), ging es um die Wiederherstellung der Kampfkraft der kampfunfähigen Soldaten. Letzteren wurde eine schlechte Disposition unterstellt, die sie das Grauen nicht ertragen ließ. Die Behandlungen mit (ebenfalls neuen) Elektroschocks erinnern heute an moderne Foltermethoden (Riedesser/Verderber 1996: 50 ff.). Doch gleichzeitig scheinen sich auch Strombehandlungen zurzeit wieder zunehmender Beliebtheit zu erfreuen, wie das Beispiel der Transkraniellen Magnetstimulation illustriert (Kast 2007a).<sup>41</sup>

<sup>41</sup> Elektrizität wurde Ende des 19. Jahrhunderts – insbesondere aber am Anfang des 20. Jahrhunderts – in vielfältigen Zusammenhängen als Heilmethode eingesetzt. Heutzutage sind Reizstromtherapien in der Physiotherapie

Die Möglichkeit einer sicheren Diagnostik und die wirkliche Existenz der Erkrankung war von Anfang an umstritten. Schon bei den Eisenbahnunfällen mutmaßten Zeitgenossen, dass viele Erkrankungen simuliert seien:

Johannes Rigler hat sie dann, wie die Simulationsfrage überhaupt, in die allgemeine Diskussion gebracht, indem er sie statistisch untermauerte: „Es wären [...] seit 1871 die Zusammenstöße: 7 Mal, die Entgleisungen: 12 Mal so gefährlich geworden, wie sie vordem waren, ein Sachverständnis welches keine andere Deutung gestattet, als daß vielfach die durch das Gesetz verschärfte Haftpflichtverbindlichkeit der Eisenbahngesellschaften [...] mißbräuchlich in Anspruch genommen wurde [...]“ (Fischer-Homberger 2004: 172).

Das Zitat im Zitat stammt aus dem Jahr 1879 und zeigt, wie statistische Kalkulationen in die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen Einzug hielten. Trotz des vermuteten Missbrauchs wurde das Haftpflichtgesetz nicht abgeschafft. Nach den Unfallopfern der Eisenbahnen waren es Soldaten, denen Simulationen oder ein Interesse am Erhalt der Diagnose unterstellt wurden. Freud, der während und nach dem Ersten Weltkrieg auch mit Soldaten konfrontiert war, prägte nur ein Jahr nach Kriegsende in seiner Allgemeinen Neurosenlehre, die in den Jahren 1916 und 1917 entstand, unter Verweis auf „ein selbstsüchtiges, nach Schutz und Nutzen strebendes Ichmotiv“ bei „traumatischen Neurosen, [...], wie sie durch die Schrecken des Krieges entstehen“ (Freud 1969: 370) den Begriff des Krankheitsgewinns<sup>42</sup>. Dieser macht die Verdächtigkeit der Krankheit theoretisch fassbar und zu einer wissenschaftlichen Fragestellung. Den Betroffenen wurde unterstellt, intentional zu handeln, um einen Vorteil aus ihrer Krankheit zu ziehen. Unter dem Einfluss der Lehre Freuds wurde es sogar möglich, dass dies *unbewusst* geschieht. Die Mutmaßungen über traumatische Erkrankungen mündeten zu Kriegszeiten in oben beschriebenen Therapien, die den betroffenen Soldaten die Symptome austreiben wollten, um sie wieder einsatzbereit für die Front zu machen.

Freud begriff Neurosen als Reaktionen des Individuums auf eine unerträgliche Umwelt. Sie sind Anpassungsleistungen – allerdings schlechte. Aber er räumte Ausnahmen ein:

Wenn man also sagen konnte, daß der Neurotiker jedes Mal vor einem Konflikt die *Flucht in die Krankheit* nimmt, so muß man zugeben, in manchen Fällen sei diese Flucht vollberechtigt, und der Arzt, der diesen Sachverhalt erkannt hat, wird sich schweigend und schonungsvoll zurückziehen [Hervorhebung im Original](Freud 1969: 371).

Was hier in einem Satz beiläufig erwähnt wurde, hat Gewicht: Eine Krankheit kann auch die bestmögliche Anpassung an eine Situation sein und in diesem Fall ist sie durch einen Arzt oder

---

und die Elektrokrampftherapie (EKT) in der Psychiatrie noch als Therapieformen erhalten. Letztere wird vor allem bei depressiven Patientinnen und Patienten eingesetzt, wenn Medikamente und Schlafentzug versagen. Dabei ist die Elektrokrampftherapie die Nachfolgerin der bekannten und diskreditierten Elektroschocktherapie. Die Transkranielle Magnetstimulation ist genauso alt und wird in aktuellen neurowissenschaftlichen Forschungen eingesetzt, weil durch die starken Magnetfelder Gehirnregionen sowohl blockiert als auch stimuliert werden können. So können einige Gedächtnisinhalte gehemmt und andere evoziert werden. In einem weiteren Artikel von Bas Kast, neben dem oben zitierten, geht es um dessen Selbstversuch in Sidney, in dem er sein „inneres Genie einschalten“ wollte (URL [mit Video]: <http://www.zeit.de/2007/30/Intuition?page=1> [Stand 24.08.2008]).

<sup>42</sup> Freud unterteilte in primären Krankheitsgewinn, durch den der Kranke sich unangenehmen Situationen entziehen kann (z. B. dem Einsatz an der Front), sekundären, mit dem soziale Anerkennung und Zuwendung eingefordert werden können (Hospitalaufenthalt oder Rente) und tertiären Krankheitsgewinn, der Vorteile für das Umfeld des oder der Kranken bedeutet (Versorgung der Angehörigen oder Hinterbliebenen durch Renten).

Therapeuten nicht behandelbar bzw. Freud empfahl, sie nicht zu behandeln. Dies zeigt, wie unterschiedlich Freud argumentierte. Zum einen ist eine Neurose eine Flucht in die Krankheit, sie kann durch sexuelle Traumata in der Kindheit ausgelöst werden, und auch wenn er diese These widerrief, lebt sie weiter. Zum anderen kann diese Flucht in die Krankheit auch legitim sein und sollte deshalb nicht behandelt werden. Viele dieser theoretischen Überlegungen Freuds wirken bis in die heutige Zeit weiter. Er führte Konzepte wie Kindesmissbrauch, falsche Erinnerungen, Krankheitsgewinn und Krankheit/Neurose als adäquate Anpassung<sup>43</sup> in die Wissenschaft ein.

Der Erste Weltkrieg war die Zeit des *shell shock*, der „Kriegszitterer“, „Kriegsneurosen“, „Psychopathie“ und des „nervösen Schocks“. Hier waren bereits Nervenärzte, Psychiater und Neurologen im Einsatz, nicht mehr allein Chirurgen, wenn es um die nicht sichtbaren Verwundungen der Soldaten ging. Man ging zunehmend von psychischen Erkrankungen aus und von innerpsychischen Prozessen. Läsionen des Rückenmarks, die die Chirurgen vermuteten, als sie den Begriff *railway spine* prägten, wurden nicht mehr untersucht. Dennoch wurden die unterschiedlich benannten Krankheiten, die aus dem Schrecken und dem dazugehörigen Erschrecken über denselben entstanden, zusätzlich von vielfältigen körperlichen Symptomen begleitet. Dass die Diagnostik problematisch ist, war auch schon den damaligen Zeitgenossen klar. In den Rentenakten des britischen Militärs tauchte *neurasthenia* als neue Diagnose auf. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden Renten nur bei körperlichen Gebrechen wie dem *soldier's heart* gezahlt (Jones et al. 2003), das durch ähnliche Symptome gekennzeichnet war wie die neue Diagnose der *neurasthenia*. Beide Diagnosen standen gleichberechtigt nebeneinander; ein Militärarzt beschrieb die Begutachtung der Soldaten folgendermaßen: „It seems to be purely a matter of chance as to whether they are sent to a cardiac ward or neurologic ward“ (Peabody 1918: 1485 zitiert in Young 2004: 129). Welche der beiden Diagnosen – *soldier's heart* oder *neurasthenia* – für bestimmte Symptommhäufungen gestellt wurde, war damit zufällig. Doch die Vergabe der Diagnose *neurasthenia* nahm zu und wurde auch für Rentenzahlungen relevant.

Die Militärärzte reichten in Anbetracht der großen Zahl an versehrten Soldaten und Sanitätspersonal zur Begutachtung von Rentenansprüchen nicht mehr aus und nach Kriegsende mussten auch zivile Ärzte zur Begutachtung von Armeeeingehörigen, die Rentenansprüche stellten, hinzugezogen werden (Jones et al. 2003: 158). Young beschrieb das Ausmaß nervöser Leiden im britischen Heer:

A half-century after the publication of Erichsen's first book on railway accidents, physicians serving in the Royal Army Medical Corps, like their counterparts in the other combatant armies, were witnesses to an epidemic of traumatic paralyses, contractures, anesthetics, and aboulias. It was as if a hundred colossal railway smashups were taking place every day, for four years. By war's end, 80,000 cases of shell shock had been treated in RAMC medical units, and 30,000 troops diagnosed with nervous trauma had been evacuated to British hospitals. After the war 200,000 ex-servicemen received pensions for nervous disorders (Young 1995: 41 f.).

<sup>43</sup> Im Schnittpunkt von Krankheitsgewinn und psychischer (psychosomatischer) Erkrankung als Anpassung befinden sich neuere esoterische Schriften, die die Bedeutung von Erkrankungen zu entziffern suchen, wie beispielsweise „Krankheit als Sprache der Seele. Be-deutung und Chance der Krankheitsbilder“ (Dahlke 1999) oder „Krankheit als Weg. Deutung und Be-Deutung der Krankheitsbilder“ (Dethlefsen/Dahlke 2008). Menschen haben sich wohl immer gefragt, warum sie erkranken. Das Moderne und Individualisierende/Atomarisierende an diesen Ideen aber ist die Verantwortung, die dem Einzelnen übertragen wird: Jeder ist selbst für seine Erkrankung verantwortlich und kann sich auch nur selbst heilen. Wer sich auf Hilfe aus dem Umfeld stützen möchte, muss damit rechnen, dass diese ihm mit dem Verweis auf die Eigenverantwortung verweigert wird.

Zwischen den Weltkriegen bildeten Exkombattanten eine recht homogene Gruppe, an denen Nervenärzte, Psychiater und Neurologen ihre neuen Krankheits- und Behandlungskonzepte ausprobierten. Die ersten systematischen Beschreibungen und Forschungen stammen aus dieser Zeit. Von Anfang an existierten widersprüchliche Argumentationslinien, die zwischen Verständnis für die Kranken und Unglauben über die Vielzahl und das Ausmaß der Symptome schwankten. Generell waren die Symptome vielfältig und nicht jeder erkrankte nach demselben Erlebnis. Deshalb wurde angenommen, dass die persönliche Veranlagung etwas mit der Ausbildung der Krankheit zu tun habe. Die Zahlung einer Entschädigung oder Rente machte es attraktiv, eine nervöse Erkrankung attestiert zu bekommen, und verkomplizierte Begutachtung und Behandlung. So wurde der Begriff der „Renten- oder Begehrensneurose“ geprägt. Fischer-Homberger nennt dies den sozialen Diskurs um die traumatische Neurose, der parallel zu den Diskussionen um körperliche und psychische Ursachen der Erkrankung verlief (Fischer-Homberger 2004). Um Simulanten vom Genuss einer Rente und Behandlung auszuschließen, fanden im deutschen Heer Zweitbegutachtungen und später jährliche Begutachtungen statt.

Until 1915/16, most soldiers suffering from psychological injury due to warfare were discharged from military service and received pensions. In 1917, however, the same patients were re-examined, and in some cases pensions were withdrawn (Hoffmann, 1920; see also Riedesser and Verderber, 1996: 70). Patients originally discharged and pensioned were required to appear before so-called 'Invaliden-Prüfungs-Geschäfte' (invalid examination boards) (Lerner, 1997: 135). Re-examinations occurred annually, and many of the 'neurotics' who had been previously discharged as incurable were subjected to a new system of treatment (Kloocke 2005a: 46 f.).

Die Kriegsneurotiker wurden kurzzeitig in besonderen Krankenhäusern und langfristig in eigens für sie eingerichteten Rehabilitationsstätten behandelt. Dabei ging es vorrangig um ihre Reintegration in den Arbeitsmarkt und die Einsparung von Rentengeldern, wozu eine Kombination aus analytischer Psychotherapie und disziplinierenden Interventionen sowohl in Großbritannien (Young 1995: 68) als auch in Deutschland angewandt wurde (Kloocke 2005a: 47). Riedesser und Verderber machen auf eine Diskrepanz zwischen Militärärzten und niedergelassenen Ärzten aufmerksam, die es schon in den 1920er Jahren gab.

Die „Kriegszitterer“, die auch noch in den 20er Jahren ein alltäglicher Anblick in den Straßen der Städte waren, und die Unfallopfer erregten in den Intentionen dieser [militärischen, A. W.] Neuropsychiater und der Versicherungsgesellschaften und -behörden völlig zuwiderlaufendes Mitleid in der Bevölkerung und, was sie für noch schlimmer hielten, bei vielen ärztlichen Gutachtern. Die Suche nach Mitteln zur Verhinderung dieses Mitleids war Gegenstand zahlreicher neuropsychiatrischer Tagungen und Veröffentlichungen jener Zeit (Riedesser/Verderber 1996: 97).

Die Einstellung zu den Erkrankten war durch die politischen Überzeugungen der begutachtenden Ärzte gekennzeichnet. Waren es Militärärzte, waren sie dem konservativen militaristischen Lager zuzuzählen. Im Falle niedergelassener Ärzte ist von einer überwiegend links-liberalen und pazifistischen Gesinnung auszugehen. So hatten die niedergelassenen Ärzte Mitleid und Verständnis für die Veteranen und wollten mit ihren Gutachten eine Berentung ermöglichen, die Militärärzte versuchten dies zu verhindern. Eine ähnliche Konstellation gab es auch im Berliner Kontext, in dem es ebenfalls um verschiedene Expertinnen- und Expertenmeinungen institutionalisierter und niedergelassener Spezialistinnen und Spezialisten ging; doch dazu mehr in den Kapiteln 4, 5 und 6.

Traumatische Reaktionen traten auch im Zweiten Weltkrieg auf. Während in den ersten zwei Jahren im deutschen Heer eine geringere Zahl von kriegsneurotischen Erkrankungen registriert wurden, änderte sich dies ab 1941. Die Zahl der Erkrankten nahm zu (Kloocke 2005a: 48). Allerdings wurde die Krankheit als „abnorme seelische Reaktion“ bezeichnet; die Verwendung des Begriffs „Neurose“ wurde gegen Ende des Krieges explizit verboten (Kloocke 2005b: e10). Die Behandlungsformen ähnelten denen des Ersten Weltkrieges. Zusätzlich bestand die Gefahr, dass die Erkrankten der Wehrmachtszersetzung beschuldigt und vor ein Kriegsgericht gestellt oder als erbkrank diagnostiziert, sterilisiert und in einem Arbeitslager interniert wurden. Das waren Gründe, warum vor allem somatische Erkrankungen – insbesondere Magenbeschwerden – während des Zweiten Weltkrieges auftraten (Riedesser/Verderber 1996: 101 ff.).<sup>44</sup>

Obwohl während des Zweiten Weltkrieges Teile der Bevölkerung systematisch vernichtet und Zivilisten gezielt attackiert wurden, gab es im Nachkriegsdeutschland bis in die 1960er Jahre keine offene Auseinandersetzung mit den psychischen Folgen des Krieges für die Bevölkerung. Es galt die Lehrmeinung von 1916, dass kurzzeitige Akutreaktionen auftreten können, aber eine Chronifizierung in der Persönlichkeit der oder des Erkrankten zu suchen sei und nicht im Erlebten (Kloocke 2005b: e10 f.). Allein im Rahmen von Entschädigungsverfahren jüdischer NS-Überlebender entfachte eine Diskussion um dieses Konzept der Prädisposition. Es ging um hohe Geldbeträge, die die begutachtenden deutschen Psychiater im Interesse des Staatshaushalts verteidigten. Überlebende des Nazi-Regimes mussten bleibende Schäden nachweisen, die sie zu Entschädigungsforderungen berechtigten. Matussek (1971), Nederland (1980) und Pross (1988) beleuchteten diese Praxis, hinterfragten sie aber nicht. Sie sind Teil des professionellen Diskurses, der sich mit seelischen Kriegsfolgen beschäftigte, die Gutachten von Kollegen minutiös auflistete und kritisch kommentierte. Erneut bestimmten politische und moralische Verortungen den Duktus der Auseinandersetzung zwischen den oft in der BRD ansässigen Erstgutachtern, die die Traumafolgen verneinten und den Zweitgutachtern im Ausland, meistens in den USA, die die Traumafolgen bestätigten. William Nederlands Sammlung von Gutachten ist ein sehr anschauliches Beispiel dafür (Nederland 1980).

1963 fragte ein Psychiater in der Überschrift eines Artikels in einer deutschen psychoanalytischen Zeitschrift sarkastisch: „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale psychische Konstitution zu haben?“ (Eissler 1963).<sup>45</sup> Er bezieht sich auf die Begutachtungspraxis bei Überlebenden des Nationalsozialismus.

Die Fehde wiederholt sich in fast monotoner Weise, wenn ein hier in den Vereinigten Staaten lebendes Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung, gewöhnlich jemand, der beträchtliche Zeit in Konzentrationslagern verbracht hatte, Wiedergutmachungsansprüche für nervöse Leiden, die auf

<sup>44</sup> Neben Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen gab es auch Psychologen in der Wehrmacht. Sie spielten aber nur bis 1942 eine wichtige Rolle, danach wurden sie nicht mehr zur Auswahl von Offiziersanwärtern eingesetzt (Rose 1998: 14). Dennoch hatte sich die Psychologie als Disziplin etabliert. Psychologen, die durch die Auflösung der Heeres- und Luftwaffenpsychologie arbeitslos wurden, gingen in andere Bereiche wie Lazarette, Arbeitsämter, Ministerien und Verwaltungen (Geuter 1984: 404 f.), sodass psychologisches Wissen in weitere Teilbereiche der Gesellschaft vordrang.

<sup>45</sup> In direktem Bezug auf diesen Titel lautet die Überschrift des Artikels von Angelika Birck vom Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, in dem sie die Berliner Begutachtungspraxis des Polizeiarztlichen Dienstes kritisiert und dazu auch Gutachten miteinander vergleicht: „Wie krank muss ein Flüchtling sein, um von der Abschiebung ausgeschlossen zu werden?“ (Birck 2000).

keiner körperlichen Ursache beruhen, erhebt (Eissler 1963: 241).

Mit diesen Worten charakterisierte Eissler den Streit um eine adäquate Begutachtung. An dieser Auseinandersetzung ist bereits eine Verschiebung zu beobachten, die erlebtes Leid nur in medikalisierte Form anerkennt. Es ging nicht mehr um Unfälle und Rentenansprüche von Exkombattanten, sondern um das Unrecht und das Leid, das Menschen absichtlich zugefügt wurde, und das entschädigt werden sollte – wenn Folgeschäden bleiben. In den Verfahren musste nachgewiesen werden, dass die psychische Erkrankung eine Folge des erlebten Leides war und nur eine solche Folgeerkrankung berechnete zur Wiedergutmachung. Jemand, der ohne Leistungseinschränkung Konzentrationslager, Ghetto, Untergrund oder Arbeitslager überstand, besaß demnach kein Anrecht auf eine Entschädigung. Verantwortung wurde nur für Kranke übernommen; dazu musste nachgewiesen werden, dass das nationalsozialistische Regime ursächlich die Behinderungen der Überlebenden verursacht hat. Der Streit um die Disposition war deshalb im Zusammenhang von Haftbarkeit und Entschädigungszahlungen gegenüber jüdischen Überlebenden wichtig. Bemerkenswert ist, dass zu diesem Zeitpunkt sowohl Entschädigung als auch Therapie ohne etablierte Diagnosekategorie möglich waren, denn die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ existierte noch nicht. Das sollte sich einige Jahre später ändern. Heute wäre eine Entschädigung oder Behandlung ohne Diagnose nicht mehr denkbar (vgl. Dumit 2000 und Smith 2006).

Die große Trendwende wurde im Jahr 1980 in den USA mit dem von der American Psychiatric Association herausgegebenen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition“ (APA 1980), kurz DSM-III, eingeläutet. Dieses Werk war eine bahnbrechende Neuerung und gilt als revolutionär (Mayes 2005). Es ist ein umfassendes Klassifikationssystem, das psychische Störungen international gleich diagnostizierbar machen sollte, und das nicht nur für die klinische Praxis, sondern auch für die Forschung gedacht war. Zeit und Jung machen darauf aufmerksam, dass der Begriff Krankheit zugunsten des Begriffs Störung aufgegeben wurde, da „Krankheit“ nicht befriedigend definiert werden konnte und immer soziale Komponenten beinhalte.

Im DSM-III (1984) wird der Begriff „Krankheit“ aus psychiatrischer Sicht aufgegeben. Da die vielen Versuche, eine befriedigende Definiton [sic] zu finden, vergeblich sind, ersetzen die Autoren ihn durch das Wort „Störung“: „Im DSM-III wird jede psychische Störung als klinisch auffallendes Verhalten oder Merkmalsmuster verstanden, das in typischer Weise entweder mit einem als unangenehm erlebten Syndrom (Beschwerden) oder mit einer Leistungseinschränkung in einem oder mehreren wichtigen Funktionsbereichen (Unvermögen) einhergeht. Darüber hinaus gilt die Annahme, dass eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Dysfunktion besteht und die Störung nicht nur die Beziehung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft betrifft“ (DSM-III 1984, S. 8). Dieser Gedanke liegt auch der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, S. 19) zu Grunde. Auch im DSM-IV (1996) wird auf den Begriff Krankheit verzichtet (Zeit/Jung 2004: 99).

In Abgrenzung zu diesem engen Verständnis von Krankheit als Dysfunktion verwende ich weiterhin den Begriff Krankheit, gerade weil dieser sozial determiniert ist und das soziale Umfeld auch von meinen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern immer wieder thematisiert wurde. Mit der DSM-Revolution stehen die Symptome im Vordergrund psychiatrischer Diagnostik, von denen ausgehend auf die Störung rückgeschlossen wird. Entstehung und Umwelteinflüsse sind



nebensächlich. Das Manual war Resultat eines langen Verhandlungsprozesses unter US-amerikanischen Psychiatern verschiedener Schulen und damit ein Kompromiss. Gleichzeitig war es verbindlich für die gesamte US-amerikanische Psychiatrie und führte zu einer globalen Homogenisierung der Klassifikationssysteme, die sich auch in deutschen Psychiatrielehrbüchern seit den 1980er Jahren niederschlug (Kloocke 2005b: e12 f.).

Neu im Regelwerk war die Post-Traumatic Stress Disorder<sup>46</sup>, in der verschiedene Syndrome in einer neuen Störungsdiagnose zusammengefasst werden. Gesellschaftspolitisch führte vor allem die Lobbyarbeit von Vietnamveteranenverbänden und Feministinnen, die sich für Vergewaltigungsopfer einsetzten, zur Einführung dieser neuen Diagnosekategorie. Young meint, dass die Einführung der Diagnose nur in einem friedlichen Zeitraum möglich war: „Things were different in 1980. PTSD was formed during a post-war situation” (Young 2004: 138). Einmal in das Klassifikationssystem aufgenommen, wurde die Posttraumatische Belastungsstörung zu einer viel beforschten psychischen Erkrankung. Und mit der Zunahme der Daten, auch wenn sie sich teilweise widersprechen, setzte sich das Krankheitskonzept durch. Es gewann an Konsistenz. Hierbei ist „Konsistenz [...] keine inhärente Eigenschaft von Aussagen. Sie ergibt sich, wenn Einwände nicht mehr wirksam hervorgebracht werden“ (Schlich 1996: 218). Und solch eine Situation hat sich in Bezug auf Traumatisierung und Psychologie ergeben. Selbst diejenigen, die auf die gesellschaftliche Abhängigkeit der Störungskategorie aufmerksam machten, werden zitiert, wenn es um die Verfestigung der Diagnose geht.

So wird ein Text von Esther Fischer-Homberger, der gerade den zeitlichen Kontext der Diagnose betont und ihre Entstehung detailliert nachzeichnet, in einem Sammelband abgedruckt, in dem andere Autoren auf das Alter der Symptome und der Erkrankung verweisen und nicht davor zurückschrecken, der Menschheit traumatische Leiden seit ihrem Anbeginn zuzuschreiben (Seidler/Eckart 2005: 7 ff.). In diesem Sammelband sind viele verschiedene Beiträge, die mehr oder weniger mit Traumatisierung zu tun haben, zusammengefasst, darunter auch ein Psychogramm von Slobodan Milošević. Und Günther H. Seidler schreibt im Vorwort zur Neuauflage von Fischer-Hombergers Buch „Die traumatische Neurose“: „Sie zeigt, dass die Krankheit entsprechend zunächst in den Kompetenzbereich der Chirurgie gehörte, dann in den der Neurologie und dann, nachdem die Psychologie sich wieder von der Körpermedizin emanzipiert hatte, zum psychologisch untersuchten Leiden wurde“ (Seidler in Fischer-Homberger 2004: IV). Die Psychologie emanzipierte sich jedoch nicht wieder, sondern konstituierte sich überhaupt erst am Anfang des 20. Jahrhunderts und mischte sich in den Diskurs um die traumatische Neurose ein, sehr erfolgreich sogar. Zwischen dem Krankheitsdiskurs um Traumatisierung von der traumatischen Neurose bis zur Posttraumatischen Belastungsstörung und dem Entstehen von psychologischem Wissen und Denken wird kein Zusammenhang gesehen.

Auch Alan Young, der Dekonstrukteur des Krankheitskonzepts schlechthin, wird in Fachzeitschriften zitiert, die auf einzelne Problematiken der Diagnose fokussieren, wie Flashbacks als Hauptsymptom (Jones et al. 2003), die Anwendbarkeit des Konzepts auf Flüchtlinge (Watters

---

<sup>46</sup> Ursprünglich wurde „post-traumatic“ im Englischen mit einem Bindestrich geschrieben. Erst in den 1990er Jahren entfiel er (siehe unten).

2001) oder die zunehmende Verwässerung des Konzepts der Posttraumatic Stress Disorder durch eine Ergänzung des Katalogs möglicher traumatischer Erlebnisse, wie z. B. das Miterleben des 11. September 2001 vor dem Fernseher (Heinrich 2004). In diesen Artikeln wird nie die Logik der Störung als solche infrage gestellt oder die Erzeugung und Anwendung psychologischen Wissens, was Young hingegen grundlegend tut. Um die Abhängigkeiten und Schwächen zu verdeutlichen, gehe ich im Folgenden auf die Krankheitslogik näher ein.

## **2.2 PTSD**

Seit 1980 besteht das Grundprinzip der psychiatrischen Diagnostik in der Gruppierung von Symptomen, deren definiertes Zusammentreffen die Vergabe einer bestimmten Diagnose nach sich zieht. Psychiatrische Diagnostik erhielt damit logische Pfade, denen sie zur jeweiligen Diagnose zu folgen hat, insbesondere in der Differenzialdiagnostik, in der mehrere Diagnosen miteinander kombiniert werden.<sup>47</sup> Mit dem DSM-III wurden konkurrierende Lehrmeinungen über Geisteskrankheiten kanonisiert. Es wird nicht mehr nach der Vorgeschichte, sondern nach aktuellen Symptomen gefragt und die Ätiologie einer psychischen Krankheit, die jetzt Störung heißt, ist zweitrangig. Die Entstehung der Symptome hat nur noch bei bekannten organischen Ursachen psychischer Erkrankungen eine Bedeutung und bei der Post-Traumatic Stress Disorder, die damit eine Ausnahme im Klassifikationssystem der psychischen Störungen darstellt (Young 2004: 127 f.). Ihre Diagnostik ist mehrteilig: Ein traumatisches Ereignis wird in der Biografie eines Individuums lokalisiert und in Verbindung mit bestimmten Symptomen als Posttraumatic Stress Disorder diagnostiziert.

Im Folgenden gehe ich genauer auf das traumatische Ereignis ein, das sich in den Überarbeitungen des Diagnostic and Statistical Manuals jeweils änderte, und dann auf die Verknüpfung desselben mit den typischen Symptomen.

### **2.2.1 Das traumatische Ereignis – das A-Kriterium**

Ausgangspunkt der Posttraumatischen Belastungsstörung ist ein traumatisches Ereignis. Die traumatische Situation, der sich ein Individuum ausgeliefert fühlt, ist das sprichwörtliche Nadelöhr. Wer sich durch dieses Nadelöhr zwängt, also ein traumatisches Erlebnis berichten kann, erhält mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose.<sup>48</sup> Young beschreibt dieses Problem und macht darauf

<sup>47</sup> Ein Beispiel für das Vorgehen bei der Differenzialdiagnostik ist am Ende (S. 55 f.) des „M.I.N.I. – PLUS. Mini International Neuropsychiatric Interview. English Version 5.0.0“, eines klinischen Interviewleitfadens, zu finden. Dort sind zwei „Algorithmen“ für die Diagnostik von verschiedenen Ausprägungen Psychotischer Störungen abgebildet. Sie sehen ein bisschen aus wie Schaltpläne für die menschliche Psyche (<https://www.medical-outcomes.com/HTMLFiles/PrivateAccounts/MINI/Downloads/Files/English/MINIPlus500.pdf> [Stand 05.06.2008]). Interessierte Leserinnen und Leser müssen auf der Website der Firma Medical Outcome Systems, Inc. A Diagnosis and Treatment Outcome Tracking Solutions Company ein privates Konto eröffnen, um den Fragebogen im PDF- oder Doc-Format herunterzuladen (im Juni 2008 kostenlos).

<sup>48</sup> Solche Phänomene sind in Science and Technology Studies bekannt. So spricht Schlich von der „Engstelle“ mit Verweis auf Latour, der vom „Passagepunkt“ spricht (Schlich 1996: 213). Ian Hacking weist auf die Verbindung der deutschen Psychiatrie mit der damals aufkommenden Keimforschung und dem Gedanken der „agents provocateurs“ hin (Hacking 2001: 252), der sich auch durch deutsche Psychiater, die ausgewandert sind, in der amerikanischen Psychiatrie niederschlug. Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung funktioniert weiterhin nach diesem Muster, auch wenn (fast) alle anderen psychiatrischen Diagnosen von auslösenden Ereignissen oder Entwicklungen im DSM-III

aufmerksam, dass ohne das traumatische Ereignis die Symptome als affektive Störung oder als Angststörung gedeutet werden würden, im Extremfall sogar als psychotische Störung (Young 1993: 110 und 1996: 97 f.).

Bereits das die Störung auslösende Ereignis macht in seiner Definition Schwierigkeiten – zumindest anfänglich. So wird es im DSM-III sehr allgemein beschrieben als: „A) Vorliegen eines erkennbaren Stressors, der schwere Belastungssymptome bei fast jedem Menschen verursachen kann“ (Koehler/Saß 1984: 250). In der folgenden revidierten Auflage DSM-III-R wurde die Definition konkreter durch ein ganzes Subkomitee, das für die Störung „Post-Traumatic Stress Disorder“ aus 30 Spezialistinnen und Spezialisten zusammengestellt wurde, definiert (APA 1987). Zum Vergleich bestand die ursprüngliche Kommission für *alle* Angst- und dissoziativen Störungen, unter die auch die Post-Traumatic Stress Disorder fiel, aus insgesamt sieben Klinikerinnen und Klinikern (APA 1980). Das Ergebnis der Konkretisierung durch die eigens für diese eine Diagnose einberufene Expertinnen- und Expertenkommission im DSM-III-R ist eine Definition, die in deutscher Übersetzung folgendermaßen lautet:

A) Die Person hat ein Ereignis erlebt, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt und für fast jeden stark belastend wäre, z. B. ernsthafte Bedrohung des Lebens oder der körperlichen Integrität; ernsthafte Bedrohung oder Schädigung seiner Kinder, des Ehepartners oder naher Verwandter und Freunde; plötzliche Zerstörung des eigenen Zuhauses bzw. der Gemeinde; oder mit anzusehen, wie eine andere Person infolge eines Unfalls bzw. körperlicher Gewalt kürzlich oder gerade ernsthaft verletzt oder getötet wurde (Wittchen et al. 1991: 307).

In der darauf folgenden vierten Ausgabe des DSM erfolgte wiederum eine Modifizierung des Ereignisses in A1, das Ereignis als solches, und A2, die emotionale Reaktion auf das Ereignis. Die Expertengruppe bestand diesmal aus sechs Klinikerinnen und Klinikern, die sich allein mit Angststörungen beschäftigten (APA 1994: X). Das Wort „Post-Traumatic“ wuchs im Englischen zu „posttraumatic“ zusammen (APA 1994: 424). Die Definition lautet in der deutschen Übersetzung:

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
- (2) Die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. **Beachte:** Bei Kindern kann sich die Reaktion auch durch aufgelöstes und agitiertes Verhalten äußern [Hervorhebung im Original] (Saß et al. 1996: 491).

Im Jahr 2000 wurde der Text des Manuals einer erneuten Revision unterzogen. Bei der Beschreibung des traumatischen Ereignisses wurden keine Veränderungen mehr vorgenommen. Zuvor gab es mit jeder neuen Ausgabe auch Modifikationen in der Formulierung und Beschreibung des traumatischen Ereignisses; vor den gerade zitierten Kriterien gibt es in allen Vorgängerversionen als Einleitung zum Artikel über die Posttraumatische Belastungsstörung eine Aufzählung konkreter Ereignisse, die unter das A-Kriterium fallen, wie Vergewaltigung, Terroranschlag, Autounfall, Naturkatastrophen. Diese Aufzählungen wurden zunehmend konkreter.

Während im DSM-III-R beispielsweise eine chronische Krankheit (unspezifisch) eine übliche menschliche Erfahrung war und deshalb das A-Kriterium nicht erfüllte, war eine lebensbedrohende Krankheit des eigenen Kindes zum Beispiel ein Ereignis, das als traumatische Situation gewertet wurde (vgl. Wittchen et al. 1991: 304; Saß et al. 2003: 487). Solche Beispiele stammten aus den jeweiligen Fachdiskussionen und sollten diese mit einer autorisierten Definition abschließen.

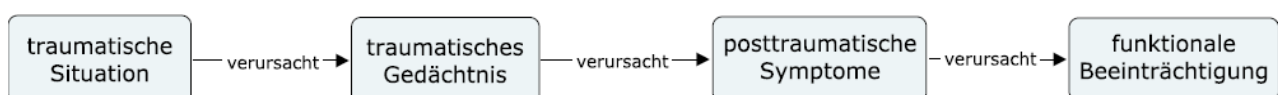
Doch trotzdem entsteht zwischen einer chronischen und einer lebensbedrohlichen Krankheit ein Deutungsraum, weil zum Beispiel unklar ist, ob die Konfrontation mit der Nachricht, an Brustkrebs erkrankt oder HIV-infiziert zu sein, als traumatisches Ereignis zu werten ist oder nicht. Beantwortet wird diese Frage in jeder Gesellschaft individuell. Je idealisierter und konfliktloser das „normale Leben“ konstruiert wird, desto mehr Pathologien entstehen und im Extremfall ist jeder traumatisiert; denn menschliches Leid ist – im Gegensatz zur psychischen Störungskategorie – ein ständiger Begleiter der Menschheit. Doch welche Funktion erfüllt eine Störung, deren Kriterien alle Mitglieder einer Gesellschaft erfüllen, vor allem, wenn es sich um einen krankhaften mentalen Zustand handelt, der sich als Abweichung von der Normalität konstituiert? Eine solche Diagnose ist unbrauchbar für die klinische Praxis. Krankheit ist immer ein Gegenbild des Gesunden, das als Norm(alität) betrachtet und über Pathologien definiert wird (Rose 1998: 25 f.). Wenn aber das Normale zu eng definiert ist, wird das Kranksein normal, weil sich die Mehrheitsverhältnisse verkehren. Ian Hacking macht noch auf einen weiteren Umstand in westlichen Gesellschaften, in denen die individuelle Außergewöhnlichkeit wertvoll ist, aufmerksam: Wer will schon normal sein? Eine Krankheit sichert Zuwendung und Aufmerksamkeit, die im sozialen Umfeld vieler Menschen fehlen, und die sie aufgrund einer Erkrankung erhalten (Hacking 2001: 330 f.).

Nach dieser kurzen Betrachtung des traumatischen Ereignisses bleibt festzuhalten, dass eine erste Unschärfe der Diagnose bereits im A-Kriterium enthalten ist – laut der Definition liegt ein traumatisches Ereignis „außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung“ (Wittchen et al. 1991: 304). Aber was ist eine übliche menschliche Erfahrung? Sie variiert zum Beispiel nach Orten und sozialen Schichten: Für Bewohner US-amerikanischer Ghettos liegen Schusswechsel nicht „außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung“, für die Bürger Grosnys gilt dies ebenfalls. Wenn Krankheiten, insbesondere psychische Störungen, als Gegenbild zur gewünschten heilen Welt verstanden werden (Zaumseil 2007), ist die imaginierte Normalität so konfliktlos und harmonisch wie selbst das Leben in Friedenszeiten in der westlichen Mittelschicht nicht.

### 2.2.2 Die Symptomatik

Die Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung ist mehrteilig. Wenn ein traumatisches Ereignis (A-Kriterium) vorliegt, werden die Symptome erhoben. In der Praxis gehen Menschen jedoch wegen der Symptome zu Psychiaterinnen und Psychiatern, die dann im Rückkehrschluss nach einem potenziell traumatischen Ereignis fragen.

Die Reihenfolge der Diagnostik ist dem zugrunde liegenden Krankheitskonzept geschuldet:



Diese Wirkungskette hält die Diagnose logisch zusammen. Young äußerte Zweifel an dieser Abfolge (Young 1995: 115), denen ich mich anschließe. Aus der Praxis lässt sich dieses Modell der Erkrankung nicht ableiten; dennoch wird es getan. Auch wenn über die Wirkmechanismen spekuliert wird, werden die verschiedenen Symptome in drei Kategorien unterteilt: in Wiedererleben (Kriterium B), Vermeidung (Kriterium C) und erhöhte Reizbarkeit (Kriterium D).<sup>49</sup> Anfänglich wurden zwölf Symptome im DSM-III definiert und dann auf 17 Symptome im DSM-III-R erweitert.

In der vierten Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals wurde ein Symptom aus der Symptomgruppe D (erhöhte Reizbarkeit) in die Gruppierung B (Wiedererleben) verschoben. Die Beschreibung des betreffenden Symptoms des D-Kriteriums lautete im DSM-III-R: „physiologische Reaktionen bei Konfrontation mit Ereignissen, die einem Aspekt des traumatischen Ereignisses ähneln oder es symbolisieren (z. B. eine Frau, die in einem Aufzug vergewaltigt wurde, bricht beim Betreten von Aufzügen in Schweiß aus)“ (Wittchen et al. 1991: 308). In der aktualisierten Ausgabe, dem DSM-IV, wurde das ehemalige D-Kriterium zum B-Kriterium mit folgender Definition: „Körperliche Reaktion bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern“ (Saß et al. 1996: 492). Die neue Formulierung kam ohne das illustrierende Beispiel aus und schloss mehr Reaktionen ein, denn die körperlichen Reaktionen mussten nicht mehr durch Ereignisse hervorgerufen werden, sondern es genügen Reize, wie beispielsweise Gedanken. Die noch im DSM-III-R beschriebene Frau müsste also nur noch an einen Aufzug denken, sich erinnern, und dann einen Schweißausbruch bekommen, um das Symptom aufzuweisen.

Auch bei der Symptomatik war, ähnlich wie beim traumatischen Ereignis, der Sprung vom DSM-III zur revidierten Version DSM-III-R groß. Von DSM-III-R zur Neuauflage DSM-IV gab es nur geringe Nachbesserungen, zur aktuell gültigen revidierten Version DSM-IV-TR in der Überblicksbeschreibung hingegen keine und in der ausführlichen Beschreibung nur kleine Veränderungen, die die Prävalenzraten, die mögliche Reaktualisierung des Traumas und familiäre Verteilungsmuster<sup>50</sup> betreffen (Saß et al. 2003: 518 f.).

Um die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung zu erhalten, müssen Patientinnen und

---

<sup>49</sup> Auch die drei Symptomgruppen sind miteinander verbunden und werden teilweise als Triade oder als „Teufelskreis“ beschrieben (vgl. Maier/Schnyder 2007: 101 f.). Die Symptome bedingen und verstärken sich gegenseitig. Wer durch alltägliche Ereignisse an die traumatische Situation erinnert wird und deshalb versucht, nicht darüber nachzudenken, verstärkt gerade das spontane Auftauchen von Gedanken an die Ereignisse. Dieser Wirkmechanismus funktioniert aber nicht nur bei traumatischen Erinnerungen, sondern generell. Wer versucht, *nicht* an einen rosa Elefanten zu denken, denkt automatisch an ihn.

<sup>50</sup> Mit dem Absatz zu familiären Verteilungsmustern wurde die Krankheit biologisiert. „Es bestehen Hinweise auf eine erbliche Komponente bei der Übertragung der Posttraumatischen Belastungsstörung“ (Saß et al. 2003: 519). Sehr wahrscheinlich ist dies ein Hinweis auf die Forschungen von Rahel Yehuda, die zu Cortisolkonzentrationen bei Holocaust-Überlebenden und ihren Kindern forschte (Yehuda et al. 1998a, 1998b, 1998c) und später bei Müttern, die während des 11. September 2001 in New York schwanger waren, und deren Babies. Sowohl Kinder von Holocaust-Überlebenden als auch die Babies der Mütter, die den 11. September 2001 in New York erlebten und ihre traumatisierten Elternteile, wiesen einen geringeren Cortisolspiegel auf als die Normalbevölkerung (Yehuda et al. 2005). Cortisol ist ein Biomarker, der aber (noch) nicht zur Diagnostik eingesetzt werden kann, da sich die Werte zwischen gesunden und traumatisierten Individuen nicht eindeutig unterscheiden lassen. Außerdem ist seine Funktionsweise unklar. Ein weiterer Vulnerabilitätsfaktor sind depressive Verwandte ersten Grades (Saß et al. 2003: 519).

Patienten nicht alle 17 Symptome aufweisen, sondern mindestens vier – später, nach der Umgruppierung des einen Symptoms, sechs – in einer bestimmten Verteilung.<sup>51</sup> Auch diese hat sich mit den verschiedenen DSM-Ausgaben geändert. Zusammengefasst ergeben sich für die Symptomgruppierungen folgende Veränderungen:

	Wiedererleben (B)	Vermeidung (C)	Reizbarkeit (D)
DSM-III	1 von 3	1 von 3	2 von 6
DSM-III-R	1 von 4	3 von 7	2 von 6
DSM-IV	1 von 5	3 von 7	2 von 5
DSM-IV-TR	1 von 5	3 von 7	2 von 5

Alle Symptome, die häufig beschrieben wurden, fanden Eingang in die Störungsdefinition. Sie wurde durch eine Logik verbunden, die durch die Kombinatorik eher an Lottoziehungen denn an die Feststellung einer Krankheit erinnert. Momentan, nach DSM-IV-TR, muss jemand, der die Diagnose erhält, eins von fünf Wiedererlebenssymptomen aufweisen, drei von sieben Vermeidungssymptomen und zwei von fünf Reizbarkeitssymptomen. Das ergibt insgesamt 1.240 mögliche Symptomkonstellationen, die zur Diagnostizierung einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen. Das Konzept ist widersprüchlich und unspezifisch, gleichzeitig aber integrierend, sodass es oft Anwendung finden kann. Dabei resultierte diese Breite des Konzepts zum einen aus seiner kurz angerissenen historischen Entstehung und zum anderen daraus, dass es ein Kompromiss verschiedener psychiatrischer Denkrichtungen war. Deshalb ist auch die Suche nach historischer Evidenz eine Strategie, das Konzept glaubhafter zu machen, und durch die Verbindung unspezifischer Symptome, wie Nervosität und Schlaflosigkeit (wer kennt die nicht?) mit einem spezifischen Erlebnis fassbar zu machen.

Doch die Diagnostik setzt sich weiter fort. Nachdem ein traumatisches Ereignis in der Vergangenheit der Klientin oder des Klienten lokalisiert wurde, sich der oder die Betroffene während der berichteten Situation emotional ausgeliefert fühlte und nach dem Erlebnis mindestens sechs von 17 Symptomen in einer Kombination, die der Klassifizierungslogik entspricht, aufweist, müssen diese Symptome mindestens einen Monat lang andauern (Kriterium E) und die Betroffenen in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigen (Kriterium F). Das Kriterium der Dauer (E) wurde im DSM-III-R eingeführt und das Kriterium der Beeinträchtigung (F) ist mit dem DSM-IV hinzugekommen. Im ersten Monat nach dem traumatischen Erlebnis kann seit dem DSM-III-R (APA 1987) die Störung nicht diagnostiziert werden, weil die Symptome noch keinen ganzen Monat aufgetreten sein können. Wenn sie nicht länger als drei Monate anhalten, wird eine akute Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, halten sie länger an, eine chronische Posttraumatische Belastungsstörung. Es wird darauf hingewiesen, dass die Symptome im ersten Monat nach einem extremen Lebensereignis normal sind, sich aber zurückbilden sollten. Das Kriterium der Dauer gilt als erfüllt, wenn die jeweils nötigen Symptome der verschiedenen

<sup>51</sup> Die Erhöhung von vier auf sechs Symptome geschah, weil vier Symptome in einer amerikanischen Großstadt mehr als 55 Prozent der Einwohner aufwiesen und somit die Diagnose erhalten hätten (Becker 2003: 70).

Symptomgruppen B, C und D einmal im Monat auftreten.

Arthur Kleinman bemerkt im Zusammenhang mit dem Kriterium der Dauer, dass auch Trauer ähnlich in der westlichen Psychiatrie pathologisiert wird. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Menschen den plötzlichen Verlust von nahen Angehörigen wie Kindern, Eltern, der Partnerin oder dem Partner nicht innerhalb von zwei Monaten überwinden. Eine zweimonatige Trauerzeit wird im Diagnostischen Manual noch für normal gehalten, danach wird sie als komplizierte Trauer diagnostizierbar. Aber weshalb sollte „normale“ Trauer auf die Dauer von zwei Monaten begrenzt werden und eine andauernde Trauer krankhaft sein (Kleinman 1995: 180)? Die gleiche Frage stellt sich für das E-Kriterium, die Dauer der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung. Weshalb sollten Verlusterfahrungen und einschneidende Lebensereignisse einen Menschen nur einen, maximal jedoch drei Monate lang beschäftigen, um als normal bzw. als akut zu gelten? Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, sechs der 17 zum Teil recht unspezifischen Symptome einmal monatlich zu erleben, nicht gerade niedrig und die Diagnose deshalb überinklusiv.

Auch das F-Kriterium, die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, hält diagnostische Fallstricke bereit. Betroffene können alle der bisher beschriebenen Symptome aufweisen, aber im Alltag in ihren sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen nicht beeinträchtigt sein. Zum Teil wird nach subjektiv empfundener Beeinträchtigung gefragt, sozialen und beruflichen Funktionsdefiziten, so zum Beispiel in der häufig von klinischen Psychologen zur Diagnostik angewandten Clinician-administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS) (Blake et al. 1995) und dem M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (Sheehan et al. 1997). Im Gegensatz dazu werden in der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa 1996) mehrere konkrete Funktionsgebiete wie Arbeit, Haushaltsverpflichtungen, Beziehung zu Freunden, Freizeitaktivitäten, Schulbesuch, Familienbeziehungen, Sexualität, allgemeine Lebenszufriedenheit und „generelles Funktionieren“ in allen (weiteren) Lebensbereichen abgefragt.

Bei einer Studie mit ehemaligen Kindersoldatinnen und -soldaten in Uganda scheiterte die Diagnose mit der CAPS (Blake et al. 1995) mehrmals, obwohl die Kriterien A, B, C, D und E erfüllt waren, am F-Kriterium, da die Jugendlichen froh waren, ihre Verschleppung und Missbrauch als Soldatin oder Soldat überlebt zu haben und sich deshalb subjektiv nicht beeinträchtigt fühlten. Anderen Bezugspersonen ging es genauso, das soziale Umfeld war ein Flüchtlingslager, in dem sie nicht verhaltensauffällig waren und „funktionierten“. Einen beruflichen Sektor gab es nicht, denn sie gingen nicht zur Schule oder einer Arbeit nach. Deshalb konnten sie in diesem „Funktionsbereich“ auch nicht beeinträchtigt sein.<sup>52</sup>

Erneut scheint als Referenz das westliche Mittelschichtsideal eines über seinen Seelenzustand reflektierenden Individuums mit Familie und Arbeit durch. Das Gefühl der subjektiven Beeinträchtigung bildet sich jedoch nur in Abgrenzung zu einer symptomfreien Vergangenheit der Betroffenen und im Gegensatz zu einer symptomfreien Umgebung, die die Belastung hervortreten lässt. Bei vielen der befragten ehemaligen Kindersoldatinnen und -soldaten konnte keine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden, weil die Diagnose ein westliches

---

<sup>52</sup> Berliner Forschungskolloquium für PTSD des Behandlungszentrums für Folteropfer, Vorstellung der Diplomarbeit von Anett Pfeiffer (2006).

Mittelschichtsideal widerspiegelt. Aber das ist eigentlich auch bedeutungslos. Für die betroffenen Gesellschaften wird es keinen Unterschied machen, ob ihre Mitglieder und wie viele von ihnen das Etikett „traumatisiert“ erhalten oder nicht. Sie müssen selbst für sich eine Perspektive entwickeln. Welche Rolle dabei die Vergangenheit in welcher Art spielen soll, ob als Krankheit oder soziales Statussymbol, wird vor Ort verhandelt. Nicht traumatisierte Kindersoldatinnen und -soldaten sind ein Problem für westliche Hilfsorganisationen, denn sie können dann weder ihre Expertise exportieren, noch erhalten sie die nötigen finanziellen Zuwendungen (vgl. Becker, undatiert). Exkombattanten mit psychischen Problemen sind uns heute fast sympathisch, denn sie haben das Kriegsgrauen nicht ertragen, sie werden so zu lebenden Mahnmalen gegen den Krieg. Doch was, wenn sie es ertragen?<sup>53</sup> Wie würden wir damit umgehen, in einer Gesellschaft, die demokratischen und pazifistischen Werten verpflichtet ist? Veteranen, die für ihren Kriegsdienst Dankbarkeit erwarten, erhalten diesen in unserer derzeitigen Gesellschaft nicht, was nicht heißt, dass sich dies nicht ändern kann, parallel zu einem Wertewandel hin zu Vaterlandsliebe und Opferbereitschaft.

It is thus impossible [sic] to discuss the nature of ‘disease’ even in theoretical medicine without locating the concept within a hierarchy of moral evaluations, which in turn have to be understood with reference to power in social groups. ‘Disease’ is not a unitary concept and not simply a factual statement about natural processes; it is a classification reflecting both material and ideal interests (Turner 1984: 226).

Diese Interessen hinter den Störungskategorien scheinen trotz wissenschaftlicher Rechtfertigungen durch. Alle sechs Teilkriterien, die für die Diagnose erfüllt sein müssen, tragen ihre eigenen normierenden Vorannahmen in sich und sind deshalb nicht nur in interkulturellen Kontexten schwer anwendbar und äußerst problematisch. Es wird von einem friedlichen, glücklichen, erfüllten Leben ausgegangen, Abweichungen davon können in bestimmten Konstellationen und Verkettungen als Summe (A-Kriterium [Erlebnis] + 1 B-Symptom [Wiedererleben] + 3 C-Symptome [Vermeidung] + 2 D-Symptome [Reizbarkeit] + E-Kriterium [Dauer min. 1 Monat] + F-Kriterium [Beeinträchtigung]) als Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden. Die Komplexität des Konzeptes ist beeindruckend und verwirrt selbst die Diagnostizierenden. So sagte die Psychotherapeutin Frau A. im Interview: „Und dann gibt es diese Beschreibung aus dem ICD-10,

---

<sup>53</sup> Im Rahmen meiner Interviews mit Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien hatte ich nur einmal den Fall, dass ich mit einem ehemaligen Söldner sprach, jemandem, der paramilitärischen Einheiten angehörte und dies offen im Gespräch thematisierte. Er beschwerte sich darüber, dass er keine Anerkennung für seinen Kriegsdienst erhält. Seine Symptome bezogen sich nicht auf die Frontjahre, sondern auf die fehlende Anerkennung danach, und auf die Angst, zur Verantwortung gezogen zu werden. Während des Interviews schwankte ich zwischen Mitleid und Angewidertheit, wie ich es noch nie in meinem Leben während eines Gesprächs erlebt habe, und ich kann immer noch nicht sagen, welches Gefühl überwog. Seine Logik und Wahrnehmung war eine andere als meine und ich kann diese nachvollziehen – daher mein Mitleid. Gleichzeitig finde ich es opportunistisch, jahrelang Mitläufer gewesen zu sein, getötet und sich bereichert zu haben, und jetzt politisches Asyl zu fordern. Natürlich ist sein Leben im ehemaligen Jugoslawien in Gefahr, aber soll solchen Menschen in unserer Gesellschaft Asyl gewährt werden? Ist das gerecht, wo er für Tod, Krankheit und Vertreibung anderer mitverantwortlich ist? Andererseits war ich nie in einer vergleichbaren Situation und kann über den von ihm antizipierten Zwang nicht urteilen, der ihn zum Söldner werden, und es sieben Jahre bleiben ließ. Fragen von Schuld, Recht und Gerechtigkeit werden ausgeblendet, auch mithilfe der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung, denn sie individualisiert und lokalisiert das Leiden im Einzelnen. So kann sich eine Gesellschaft um ihre Kranken kümmern, muss sich aber nicht mit ihren Schicksalen auseinandersetzen, denn sie sind ja psychisch krank oder gestört. Der übrige Teil der Gesellschaft hat den Krieg gesund und ungestört überstanden. Die Anerkennung kann aber auch gleichermaßen mit einem Verweis auf die Eigenverantwortung verweigert werden (vgl. Fußnote 43).



die macht es auch möglich, wenn man nicht die Dynamik dahinter verstehen kann und erforschen, also explorieren und beschreiben kann, zu sagen, „nee, ist nicht traumatisiert.““

Was Frau A. der „Dynamik“ zuschreibt, ist schon im Konzept der Diagnose angelegt, nicht nur in der ICD-10, der International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> Version, die von der WHO erstmals 1992 herausgegeben und vor allem in der Flüchtlingsarbeit eingesetzt wurde. Sie beinhaltet die Kriterien des DSM, das einen größeren Einfluss als psychiatrisches Klassifikationssystem hat (Prior 1997: 69), weil seine Definitionen klarer sind. Die ICD beschreibt das Störungsbild allgemein, ohne die einzelnen Symptome separat zu betrachten. So kann die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD häufiger gestellt werden als nach dem DSM, das die Symptome einzeln genau abfragt. Bei der ICD kommt es auf die Gesamteinschätzung der Klinikerinnen und Kliniker an, die eine Krankheitsbeschreibung mit der Schilderung ihrer Patientinnen und Patienten abgleichen müssen. Ein solches klinisches Urteil ist, wie auch schon bei den Psychiatern nach den beiden Weltkriegen, davon abhängig, welches Interesse verfolgt wird: die Aberkennung von Renten aus Sparinteressen oder die Anerkennung individuellen Leids, das aus politischen Entwicklungen und Zwängen resultierte. In der zitierten Äußerung unterstellt Frau A. ihren Kolleginnen und Kollegen, die die Diagnose nicht vergeben, die „Dynamik“, d. h. das Krankheitskonzept, nicht verstanden zu haben. Doch für die Diagnostik ist die Beschreibung in den diagnostischen Manualen DSM und ICD verbindlich, ohne zusätzliche „Dynamik“. Wenn die Diagnostik nicht selbsterklärend ist und zusätzliche Kenntnisse der Psychodynamik notwendig sind, brauchen sie in der Praxis einen intensiven Austausch zwischen Klinikerinnen und Klinikern, um überhaupt ähnlich angewandt zu werden. Die beiden Klassifikationssysteme würden damit aber nicht ihre Aufgabe erfüllen, die gerade in einer Homogenisierung der Praxen ohne ständigen persönlichen Austausch besteht.

Im Gegensatz dazu wird im „Lehrbuch für Psychotraumatologie“ behauptet: „Das PTSD zeichnet sich durch ein relativ klares und einfaches Zuordnungssystem aus und ist wohl eher zu eng als zu weit gefaßt“ (Fischer/Riedesser 1998: 43). Dieses scheinbar klare und einfache Zuordnungssystem enthält jedoch unzählige Widersprüche, die in der Praxis immer wieder zum Vorschein kommen, sodass Frau A. der Meinung ist, man müsse die „Dynamik“, also die Logik der Krankheit, kennen, um sie diagnostizieren zu können. Aber auch das „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ selbst ist ein Sammelsurium der bekanntesten Traumatheorien, in dem das einfache und klare Zuordnungssystem, das eingangs vorgestellt wurde, schnell vergessen wird. Zusätzlich könnte man nach den anfänglich erfolgten Modifikationen im DSM fragen, ob zwischen 1980 und 1994 die gleiche Störung diagnostiziert wurde und in Anbetracht der Vielzahl der Kombinationsmöglichkeiten eine einzige oder überhaupt *eine* Diagnosekategorie gerechtfertigt ist.

### **2.3 Von der PTSD zur PTB(S)**

Die Post-Traumatic Stress Disorder wurde von der American Psychiatric Association definiert und galt damit am Anfang nur in den USA als verbindlich. Das DSM berücksichtigte aber ausdrücklich die Vorgaben des internationalen Klassifikationssystems der WHO und konnte deshalb international einen großen Einfluss ausüben. Im Jahr 1992 wurde mit der revidierten 10. Auflage der ICD die Posttraumatic Stress Disorder auch ins international gültige Klassifikationssystem aufgenommen,

wobei sich alle bisher erwähnten psychologischen Fragebögen bzw. Instrumente zur Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung weiterhin auf das DSM beziehen, da dieses klarere Vorgaben für die Forschung beinhaltet.

Im bundesdeutschen Kontext war es nach den Entschädigungsprozessen in den 1950er und 1960er Jahren unter den Fachleuten um psychische Traumafolgeschäden still geworden. Die damaligen Gutachter wurden in den 20er und 30er Jahren ausgebildet, als man sich noch mit Kriegsneurosen beschäftigte – wie beschrieben jedoch recht unempathisch. So wird oftmals behauptet, dass dieser Teil deutscher Psychiatriegeschichte vergessen wurde. Traumatisierung war nicht fortlaufend ein wichtiges Thema im Fachdiskurs. Die Erfahrungen des Ersten Weltkrieges waren vergessen worden – so schien es jedenfalls den Expertinnen und Experten, die in den 1990er Jahren begannen, sich mit Traumatisierungen zu beschäftigen (Birck et al. 2002: 6).

Nur Herr Dr. B., der in den 1960er Jahren seine praktische Ausbildung in einem Berliner Krankenhaus erhielt, erwähnte im Interview jüdische Überlebende und Ostfrontsoldaten, die wegen psychischer Probleme begutachtet und behandelt wurden. Theoretisch gab es aber kaum Auseinandersetzungen mit Traumafolgeschäden und schon gar keine öffentlichen. In der theoretischen Ausbildung der 60er, 70er und 80er Jahre kamen die Störung und ihre Vorläufer nicht vor – das sagten mir alle meine Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner, die sich in der Flüchtlingsarbeit engagierten und in dieser Zeit ausgebildet worden waren (ähnlich in Haenel/Wenk-Ahnson 2004: 4). Das bestätigt auch die schon zuvor zitierte Forschung zu psychiatrischen Lehrbüchern von Ruth Kloocke (2005b).

In den 1980er Jahren änderte sich das Vokabular der Lehrbücher: Es wurde einheitlicher als Folge der Homogenisierung des psychiatrischen Klassifikationssystems und der Einigung auf verbindliche Begrifflichkeiten, was erklärtes Ziel der Veröffentlichung des DSM-III war (Kloocke 2005b). Die Post-traumatic Stress Disorder findet als „Posttraumatische Belastungsreaktion“ in der ersten Übersetzung des DSM-III und dann als „Posttraumatische Belastungsstörung“ ab DSM-III-R Eingang in deutsche Psychiatrielehrbücher. Dabei ist eine semantische Veränderung von der „Reaktion“ zur „Störung“, wie die Krankheit auch im Englischen bezeichnet wird, zu beobachten.<sup>54</sup> Aber erst mit dem Beginn der 1990er Jahre wird das Thema „Traumatisierung“ und auch die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ öffentlich verstärkt wahrgenommen. Dabei liefen drei Entwicklungen parallel ab, die auch für die Konstitution traumatisierter bosnischer Kriegsflüchtlinge von Bedeutung waren. Zum einen stiegen die Asylbewerberzahlen und die Zahl der Bürgerkriegsflüchtlinge an, gleichzeitig wurden erste Forschungen zur Posttraumatischen Belastungsstörung lanciert und drittens wurden in einer breiten deutschen Öffentlichkeit die eigenen traumatischen Erlebnisse der Flucht und der Nachkriegszeit thematisiert. Im Folgenden werde ich diese drei Entwicklungen kurz skizzieren.

Aufgrund der steigenden Asylbewerberzahlen seit den 1980er bis zum Ende der 1990er Jahre (BAMF 2007: 9) wurden in Westberlin Asylbewerberheime eingerichtet, die teilweise zuvor als

---

<sup>54</sup> Ich habe keine Erklärungen gefunden, warum „Disorder“ anfänglich mit „Reaktion“ übersetzt wurde und nicht mit „Störung“. Eventuell ist es ein Nachhall der „abnormalen seelischen Reaktion“, die während des Zweiten Weltkrieges bei deutschen Soldaten diagnostiziert wurde.

Gastarbeiterwohnheime gedient hatten und in denen ab 1990 auch Spätaussiedler und jüdische Kontingentflüchtlinge während der ersten Monate ihres Aufenthalts in der Bundesrepublik untergebracht wurden. Der Berliner Wohnungsmarkt war angespannt. Aus dieser Unterbringungsform resultierten Mikrokosmen sozialen Elends, denen mit der Anstellung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in den Einrichtungen begegnet werden sollte. Frau P., eine interviewte Psychologin, arbeitete zum Beispiel als Erzieherin in einem Asylbewerberwohnheim des DRK bevor und während sie Psychologie studierte. Das älteste Behandlungszentrum in Berlin, der Xenion e. V., wurde in dieser Zeit gegründet.

Gegründet offiziell 1986, also die älteste Institution hier in Berlin. Die Diskussionen reichen zurück bis ins Jahr 1982 da hatte sich eine Initiativgruppe aus Ärzten, Sozialarbeitern und Psychotherapeuten zusammengetan, um ein Rehabilitationszentrum für Folteropfer nach dem Muster von Kopenhagen<sup>55</sup> auf die Beine zu stellen. Es gab dann vier Jahre lang inhaltliche und konzeptionelle Diskussionen und man hat sich im Grunde genommen sogar aufgespalten in zwei Zweige. Wovon der eine sehr stark psychotherapeutisch geleitet war. Der wollte ein psychotherapeutisch orientiertes Zentrum aufmachen, ein Behandlungszentrum. Er blieb auch sehr stark bei dem Fokus der Behandlung. Und ein anderer Zweig, der gesagt hat, das ist unter Flüchtlingen oder für Flüchtlinge nicht das Richtige, da braucht man mehr so eine Art Solidaritätskonzept. [...] Da hat man sich entzweit und die eine Gruppe hat diese Kontakt- und Beratungsstelle letzten Endes auf den Weg gebracht, die es hier in Berlin gibt und die andere Gruppe eben Xenion. (Herr K.)

Das Zitat von Herrn K. verdeutlicht, dass es bereits am Anfang Diskussionen darüber gab, ob psychotherapeutische Unterstützung für Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und Asylbewerber angebracht ist. Den Unterstützenden war durchaus klar, dass ihr Angebot nicht der Nachfrage entsprach, so nahm auch Xenion später wieder sozialarbeiterische Angebote in sein Angebot auf. Der Neubeginn bzw. eine erneute Intensivierung der deutschsprachigen Traumaforschung folgte wenige Jahre später mit dem Fall der Mauer. Forschungen zu ehemals in der DDR politisch Inhaftierten wurden möglich (Priebe et al. 1993; Maercker/Schützwohl 1995), Forschungen mit Verkehrsunfallopfern (Ehlers et al. 1998; Frommberger et al. 1998), sexuell missbrauchten Frauen (Birck 2001), Berliner U-Bahn-Führern (Denis 2004), Überlebenden der Dresdner Bombennächte (Maercker et al. 1999), deutschen Flüchtlingen und Vertriebenen am Ende des Zweiten Weltkrieges (Teegen/Meister 2000), und etwas später auch Flüchtlingen und Asylbewerberinnen und -bewerbern, vor allem bosnischen Flüchtlingen (Birck 2000 und 2002), fächerte das Feld deutschsprachiger Forschung zur Posttraumatischen Belastungsstörung weit auf. 1997 erschien das erste deutschsprachige Überblicksbuch zur „Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen“, das mittlerweile eine überarbeitete Neuauflage erfuhr (Maercker 1997/2002) und dessen zweite Auflage in Vorbereitung ist. Darin kamen alle deutschsprachigen Expertinnen und Experten der ersten Stunde zu Wort. 1998 erschien das „Lehrbuch der Psychotraumatologie“, aus dem ich bereits zitierte, das einen Überblick über viele Annahmen zur Posttraumatischen Belastungsstörung und assoziierte Symptome und Störungen bietet, und ebenfalls mehrmals aufgelegt wurde (Fischer/Riedesser 1998, 1999, 2003). Einen weiteren Überblick über die Vielfältigkeit der

<sup>55</sup> In Kopenhagen befindet sich das durch seine intensive Netzwerkarbeit einflussreichste europäische Behandlungszentrum. Es wurde 1974 gegründet und ist auch in den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien nach dem Krieg sehr aktiv (vgl. [www.irct.org](http://www.irct.org) [Stand 25.08.2008]).

Forschungslandschaft gibt der Ablaufplan der ersten Konferenz der DeGPT, der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, die vom 18. bis 19. Juni 1999 in Jena stattfand (DeGPT 1999). Die Gesellschaft wurde 1998 gegründet, was ebenfalls das wachsende Interesse an Psychotraumata illustriert. Mittlerweile haben sich mehrere Forschungsgruppen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten deutschlandweit etabliert.<sup>56</sup>

Wie in den Forschungsthemen „Überlebende der Dresdner Bombennächte“ und „Deutsche Flüchtlinge“ zu sehen ist, begann eine psychiatrische/psychologische Problematisierung der deutschen Nachkriegszeit. Das „eigene“ Leid wurde untersucht und thematisiert. Die Vertriebenenverbände wurden aktiver, nutzten die neuen Möglichkeiten, in die alte Heimat zu reisen und stellten zunehmend politische Forderungen. Flüchtlings- und Vertriebenenschicksale von Deutschen erhielten öffentliche Aufmerksamkeit und auch das Kriegsende, insbesondere die Massenvergewaltigungen durch Soldaten der Roten Armee, wurden thematisiert. Der Film „BeFreier und Befreite“ zu diesem Thema wurde erstmals 1992 ausgestrahlt (Sander 1990–92).<sup>57</sup> Das Begleitbuch mit dem gleichlautenden Titel, das mit einer Startauflage von 3.000 Stück auf den Markt kam, wurde drei Jahre später als Taschenbuch und nach 13 Jahren neu aufgelegt (Sander/Johr 1992, 1995, 2005). In 21 Berliner Bezirksbibliotheken können teilweise mehrere Exemplare ausgeliehen werden, auch das zweiteilige Video (Sander 1997) oder eine DVD (Sander 2007) sind entleihbar.<sup>58</sup> Im Jahr 2000 gab es eine Konferenz zum Thema „Kriegskinder – einst und jetzt“ aus der die Homepage [www.kriegskinder.de](http://www.kriegskinder.de) und 2003 der Verein Kriegskind.de e. V. hervorgingen (Kriegskind.de e. V., ohne Datum). Hier wird Vergangenheitsbewältigung explizit mit Psychotraumatisierung in Verbindung gebracht und es wird politische und gesellschaftliche Aufmerksamkeit eingefordert.

Wissenschaft und Politik haben sich bisher vorwiegend mit den Betroffenen des Holocaust und deren Nachkommen in der 2. und 3. Generation beschäftigt. Weitgehend unbeachtet blieben dagegen die Folgen von Bombenangriffen, Verschüttungen, Vergewaltigungen, des Elends bei Flüchtlingstrecken und in Auffanglagern. Zum Teil tauchten die Beschreibungen der Folgen nur in Veröffentlichungen der soziologischen und psychotherapeutischen Fachzeitschriften auf in Themen über: Trümmerfrauen, Schlüsselkinder, Frühehen, Sucht- und Verwahrlosungstendenzen, Steigerung der Scheidungsraten, Zunahme der Frühinvalidität bei Männern und Frauen, Zunahme der Aggressivität in der 2. und dritten Generation durch transgenerationale Weiterleitung nicht bearbeiteter Traumata (Kriegskind.de e. V., ohne Datum).

Nun sollen auch die zivilen deutschen Opfer beachtet werden und die Auswirkungen auf ihre Kinder und Enkel. Eindeutig geht es den ehemaligen „Kriegskindern“ um eine (An-)Erkennung von seelischen Folgen des Zweiten Weltkriegs in der deutschen Bevölkerung mehr als 60 Jahre nach Kriegsende. Dem Ruf nach wissenschaftlicher Auseinandersetzung entspricht ein neueres Forschungsprojekt an der Universität Greifswald, das Posttraumatische Belastungsstörungen und

<sup>56</sup> Die aktuelle Forschungslandschaft wird im Programm der 9. Jahrestagung der DeGPT abgebildet, die vom 10. bis 13. Mai 2007 stattfand, drei Tage dauerte und auf der 16 Symposien mit durchschnittlich je drei Referentinnen oder Referenten angeboten wurden. Im Symposium Nummer 4 wurden die Daten präsentiert, die ich in den beiden Forschungsprojekten der EU erhob (DeGPT 2007).

<sup>57</sup> Weitere Informationen sind auf der Homepage einer der beiden Filmemacherinnen zu finden: <http://www.helke-sander.de/Inhalt/Filme/befreier.html> [Stand 25.08.2008].

<sup>58</sup> Recherche im Katalog der Berliner öffentlichen Bibliotheken unter [www.voebb.de](http://www.voebb.de) am 24.10.2007.

ihre Therapie bei ehemaligen Kriegskindern untersucht.<sup>59</sup>

Parallel zur deutschen Vergangenheitsbewältigung dominierten die Gräuel im ehemaligen Urlaubsland Jugoslawien die Nachrichtensendungen; immer mehr jugoslawische Flüchtlinge begannen, sich in Deutschland zu registrieren. Im Buch zum oben erwähnten Film „BeFreier und Befreite“ wird in der Neuauflage von 2005 im „Zuwort zum Vorwort“ von der Autorin von negativen Reaktionen, vor allem US-amerikanischer Historikerinnen und Historiker, auf den Film berichtet. Frau Sander distanziert sich von revisionistischen Motivationen und stellt sich auf die Seite von Frauenrechtlerinnen und Frauenrechtler, die auf die sexuelle Ausbeutung von Frauen aufmerksam machen, vor allem im Krieg.

Als der Film im Frühjahr 1992 in die Kinos kam und im Fernsehen gezeigt wurde, wurde die Öffentlichkeit zum ersten Mal darauf aufmerksam, dass derartige Verbrechen in Kriegszeiten häufig im großen Maßstab und mit besonderer Brutalität geschehen. So hat der Film mit dazu beigetragen, den damals serbisch-kroatischen und bosnischen Krieg und andere zu der Zeit stattfindenden Kriege unter dem Aspekt zu sehen, was er speziell Frauen antut (Sander/Johr 2005: 6).

Vermittelt über sexuellen Missbrauch wurden Posttraumatische Belastungsstörungen und Trauma(-tisierung) so auch in der deutschen Gesellschaft mehr und mehr zu einer Selbstverständlichkeit und dies in enger Verknüpfung mit der Anwesenheit bosnischer Kriegsflüchtlinge und dem Kriegsgeschehen im ehemaligen Jugoslawien. Die Präsenz der Bosnierinnen und Bosnier fungierte als Katalysator in der Auseinandersetzung mit der deutschen Nachkriegsvergangenheit. Ein jüngeres Beispiel ist das durch den Verein Südost Europa Kultur e. V. und der Stiftung ÜBERBRÜCKEN im Jahr 2007 initiierte Erzählcafé, das bosnische Flüchtlinge mit deutschen Überlebenden des Zweiten Weltkrieges zusammenbringt (Stiftung Überbrücken 2007).

Bosnische und deutsche Kriegserfahrungen werden so miteinander in Beziehung gesetzt und psychotraumatologisch interpretiert. Für die bosnischen Kriegsflüchtlinge war die Diagnose und Therapie einer Posttraumatischen Belastungsstörung nahezu die einzige Möglichkeit, einen Aufenthaltstitel zu erhalten, weshalb sie von bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen zu traumatisierten Bosnierinnen und Bosniern wurden. Gleichzeitig wird auch die Generation meiner Großeltern, die vorher Flüchtlinge und Vertriebene waren, als (potenziell) Traumatisierte wahrgenommen. Symptomatisch für diese Entwicklung ist ein Artikel über ein früheres Forschungsprojekt der bereits erwähnten Greifswalder Forschungsgruppe, die sich mit traumatisierten Kriegskindern in Mecklenburg-Vorpommern befasst. Unter ihnen wurde eine Prävalenz für Posttraumatische Belastungsstörungen von 10 Prozent gefunden, was angeblich hoch ist, im Vergleich zu einer US-amerikanischen Großstadt, deren Rate nur 9 Prozent beträgt<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Dabei sollen kriegstraumatisierte Ältere mit einer internetbasierten Traumatherapie behandelt werden (<http://www.lebenstagebuch.de> [Stand 04.06.2008]) Die Website verschweigt die zusätzliche Blutabnahme beim Hausarzt, die zur Bestimmung von Biomarkern und verändertem Erbmaterial in Verbindung mit der Erfolgsmessung der Psychotherapie ein Teil der Studie sind. In ihr wird erneut die Biologisierung des Traumakonzeptes sichtbar, die sich in dieser Studie gleichzeitig modern und revisionistisch zeigt. Es sind Ältere, ehemalige Kriegskinder, die mit einer internetbasierten Schreib-Psychotherapie behandelt werden sollen; zudem werden ihr Erbmaterial und auch Biomarker sowie ihr Cortisolspiegel untersucht.

<sup>60</sup> Für die BRD gab es bis 2008 keine epidemiologischen Daten zur Posttraumatischen Belastungsstörung. Im Bundes-Gesundheitssurvey des Jahres 1998 wurden die Symptome der Diagnose nicht erhoben (Wittchen et al. 1998). Auf einem Symposium im August 2006 in der Charité wurde dies noch bemängelt und Daten für die BRD gefordert. Im

(Schmidtbauer 2007).<sup>61</sup> Das Projekt erhielt nach der ersten Annonce in der Regionalpresse innerhalb einer Woche 80 Anrufe von potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern.<sup>62</sup> Meine Mutter entdeckte die Informationen auch in ihrer Tageszeitung und hat mir den Artikel mit besagter Annonce nach Berlin geschickt, weil es mich interessieren könnte. Dies verdeutlicht die nicht zu unterschätzende Präsenz des Themas in der deutschen Gesellschaft, die sich zunehmend in Richtung Posttraumatische Belastungsstörung und Alter entwickelt (vgl. Ricklin 2006) und damit einen großen Markt in einer alternden Gesellschaft erschließt.

## **2.4 Zusammenfassung Posttraumatische Belastungsstörung**

Auf den vorangegangenen Seiten ging es um eine Beschreibung, wie sich die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ in ihrer heutigen Gestalt herausbildet hat sowie um eine Skizzierung des hiesigen aktuellen Kontextes. Die verschiedenen historischen Entwicklungen haben sich in unser gegenwärtiges Verständnis eingeschrieben und schwingen im jeweiligen Kontext mit. Die wichtigsten Einschreibungen sind:

- a) die drei ursprünglichen Gruppen Traumatisierter: Unfallopfer, sexuell M/missbrauchte (Frauen) und Soldaten (oder medizinisches Personal) an der Front, später dann eine vierte Gruppe von Holocaust-Überlebenden,<sup>63</sup>
- b) die Verbindung der Diagnose mit einem Krankheitsgewinn in Form von symbolischem (Zuwendung und Anerkennung) oder materiellem Kapital (Renten, Entschädigungen, Aufenthalt),
- c) Diskussionen zur Veranlagung eines Individuums nervös bzw. psychisch zu erkranken und
- d) eine Vielzahl hypothetischer Annahmen über den Wirkmechanismus hinter der Störung, wobei Stress und Gedächtnis im Mittelpunkt stehen.

All diese Einschreibungen machen die Posttraumatische Belastungsstörung zu einem *boundary object* (Star/Griesemer 1989), einem Konzept, das sich bestens eignet, Akteure mit verschiedenen Interessen zur Zusammenarbeit zu bewegen, da es durch seine Vagheit viele Anknüpfungspunkte bietet. Alle haben oder erhoffen sich Vorteile davon, wenn sie sich in der Diskussion um Traumatisierung, Diagnostik und Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Mai 2008 wurde eine repräsentative Studie mit Daten für Deutschland publiziert, die im Sommer 2005 begonnen worden war. Die Einmonatsprävalenzrate lag bei 2,3 Prozent (Maercker et al. 2008). Bei älteren Menschen lag sie höher (3,4 Prozent). Bei der Erhebung wurden sieben Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nicht erhoben, da sie „nach Breslau et al. [den Autoren des eingesetzten Fragebogens, A. W.] eine geringe diagnostische Prädiktion (Sensibilität, Sensitivität) zeigen“ (Maercker et al. 2008: 578). Zu diesen weggelassenen Symptomen gehören die bekannten Flashbacks (auf die ich später noch einmal zurückkommen werde), die schon beschriebene emotionale Erregtheit bei der Erinnerung an traumatische Ereignisse, die Vermeidung von Aktivitäten, Orten und Situationen, die an die traumatische Situation erinnern, Nervosität und Reizbarkeit, erhöhte Wachsamkeit und fehlende Konzentration. Damit sind Flashbacks und Gedächtnislücken nicht erfragt worden, die jedoch prominente Gedächtnissymptome sind. Auch sind von den fünf möglichen Reizbarkeitssymptomen (die das körperliche Erinnern repräsentieren) nur noch zwei übrig geblieben (Schlafschwierigkeiten und übertriebene Schreckreaktionen), die deshalb zwingend von den Befragten erfüllt werden müssen, um die Diagnose zu erhalten, da zwei von fünf Symptomen notwendig sind.

<sup>61</sup> Diese Studie ist mittlerweile abgeschlossen (vgl. links-lang.de 2008) und auch zu einer vorangegangenen Studie ist ein Artikel publiziert worden (Kuwert et al. 2007). Die Folgeforschung zur internetbasierten Psychotherapie, die deutschlandweit und in Kooperation mit dem Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer durchgeführt wird, ist in Fußnote 59 erwähnt.

<sup>62</sup> Persönliche Kommunikation im Berliner Forschungskolloquium zu PTSD am 27.06.2007.

<sup>63</sup> An ihnen wurden Konzepte zur „Vererbung“ von Traumatisierungen an die nächsten Generationen erarbeitet und so auch ihre Kinder und Enkel mit einbezogen.

engagieren. Damit wird ein *boundary object* stabilisiert und erhält seine Existenzberechtigung. In der Folge interagiert das *boundary object* „Posttraumatische Belastungsstörung“ als Diagnose auf ihre Weise mit dem Feld der Psy-Disziplinen.

Zum einen bestimmt die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung das Denken der Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen. So lenken zum einen Symptome wie Nervosität, Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit in Verbindung mit einem Autounfall die Diagnostik in Richtung einer Posttraumatischen Belastungsstörung und nicht etwa in Richtung Depression, was theoretisch genauso möglich wäre. Zum anderen wird das Krankheitskonzept durch neue Daten weiterhin verdichtet, verifiziert und naturalisiert. Das stärkt die Rolle der Psy-Professionen und weitet ihre Zuständigkeit aus. Im Fall von Begutachtung und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und -bewerber wird das Krankheitskonzept zusätzlich interkulturell validiert und oft auch die Expertise in die Herkunftsländer exportiert, was kritisiert (Summerfield 1997 und 2004; Kleinman 1995; Bracken 2001; Pupavac 2004), aber nicht geändert wird. Im Gegenteil: Die Kritik am Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung lässt Klinikerinnen und Kliniker eine Erweiterung des Konzepts auf „ein größeres Spektrum an Formen Posttraumatischer Beeinträchtigungen, inklusive ethno-kultureller Aspekte“ (Droždek 2006: 29) fordern, aber keine Überarbeitung des ohnehin bereits fraglichen Konzeptes – mit einer neueren Ausnahme: Gerald M. Rosen und Scott O. Lilienfeld fordern in einem aktuellen Artikel, das Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung zu überdenken und sie in der neuen revidierten fünften Ausgabe des DSM, dessen Publikation vorbereitet wird, in den Appendix B zu verschieben und weiter zu forschen, bis Entstehungsmechanismen und Symptombilder klarer abgegrenzt werden können (Rosen/Lilienfeld 2008). In ihrem Artikel weisen sie nach, dass alle Grundannahmen der Diagnose durch Forschungsergebnisse nicht bestätigt oder sogar widerlegt wurden. Sie gestehen aber auch ein, dass die Diagnose bereits ein gesellschaftliches und mediales Eigenleben führt, was es dem Fachdiskurs erschwert, sie zu revidieren.

Trotz der Kritik bin auch ich als Autorin und ehemalige Mitarbeiterin zweier Studien zu Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien an der Stabilisierung der Diagnose beteiligt. Mit meiner Tätigkeit war ich Teil dieser Dynamik und profitierte von der Diagnose, weil sie mir zu einem Arbeitsplatz und einem Promotionsthema verhalf. Im Folgenden geht es mir aber nicht vorrangig um eine Kritik des Krankheitskonzeptes, die schon von anderen, allen voran Alan Young, geleistet und im vorangegangenen Kapitel angesprochen wurde. Vielmehr geht es mir um eine Analyse einer speziellen Situation, in der die bosnischen Kriegsflüchtlinge in Berlin eine Aufenthaltsbefugnis (und später Aufenthaltserlaubnis), aufgrund einer kriegsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörung erhielten. Nachdem ich mit einer groben Beschreibung der psychischen Störung begonnen habe, die ein wichtiger diskursiver Akteur in der eingangs beschriebenen Berliner Situation war, möchte ich jetzt auf die menschlichen Akteure eingehen, die an den Aushandlungen beteiligt waren.

### 3 Die Kranken – Bosnische Kriegsflüchtlinge in Berlin

*And the history of subjectification is more practical, more technical, and less unified than sociological accounts allow (Rose 1998: 25).*

Die Hauptakteurinnen und -akteure in meinem Feld sind die bosnischen Kriegsflüchtlinge, denn sie waren diejenigen, die psychotherapeutisch und psychiatrisch behandelt wurden und über die verhandelt wurde – dies beschreibt auch schon einen Großteil ihrer Erfahrungen: Sie wurden zu Objekten von Behandlungen und politischen Entscheidungen. Es wurde für und über sie verhandelt und entschieden. Daraus resultierten konkrete Zwänge und Handlungsspielräume für meine bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner. Im Folgenden werde ich die in den Behandlungen und Verhandlungen entstandenen Regulationsmechanismen und Reaktionen der Bosnierinnen und Bosnier beschreiben. Dazu werde ich das Konzept des Rückkopplungseffektes von Ian Hacking nutzen. Hacking beobachtete, dass Menschen, die einer bestimmten Kategorie, wie alt, jung, krank, schön usw., zugeordnet werden, dazu neigen, diese zu verinnerlichen und zu reproduzieren. Hacking definiert den Rückkopplungseffekt als „Wechselwirkungen zwischen den Menschen einerseits und den Klassifizierungsweisen der Menschen und ihres Verhaltens andererseits“ (Hacking 1996: 310). Ein Rückkopplungseffekt wirkt in zwei Richtungen. Nach Hacking hat er zwei Vektoren: erstens den der Kategorie, der diskursiven Konstruktion einer Person oder Gruppe durch Expertinnen und Experten; zweitens den der autonomen Personen, die in einer bestimmten Art kategorisiert werden und versuchen können, die Kategorie zu ändern oder zu dekonstruieren (Hacking 1986: 234). Im konkreten Fall werden die Bosnierinnen und Bosnier als Traumatisierte kategorisiert und somit zu psychisch Kranken, die einen sicheren Aufenthaltsstatus benötigen. Sie passten sich zum Teil an diese Kategorie an, wie es Hacking beschreibt, versuchten aber nicht, sie zu ändern oder dekonstruieren.

Aber sie fügten sich auch nicht nahtlos in das Bild von traumatisierten, wehrlosen Opfern ein. Sie waren keine willenslose Manövriermasse in der politischen Arena und verfolgten sehr wohl eigene Interessen und Taktiken, die ich im Sinn von Michel de Certeau folgendermaßen verstehe:

Als „Taktik“ bezeichne ich demgegenüber ein Kalkül, das nicht mit etwas Eigenem rechnen kann [...]. Sie verfügt über keine Basis, wo sie ihre Gewinne kapitalisieren, ihre Expansionen vorbereiten und sich Unabhängigkeit gegenüber den Umständen bewahren kann. Das „Eigene“ ist ein Sieg des Ortes über die Zeit. Gerade weil sie keinen Ort hat, bleibt die Taktik von der Zeit abhängig; sie ist immer darauf aus, ihren Vorteil „im Fluge zu erfassen“. Was sie gewinnt, bewahrt sie nicht. Sie muß andauernd mit den Ereignissen spielen, um „günstige Gelegenheiten“ daraus zu machen. Der Schwache muß unaufhörlich aus den Kräften Nutzen ziehen, die ihm fremd sind (Certeau 1988: 23).

Auch meine bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner, deren Erfahrungen ich im Folgenden beschreiben werde, hatten zwar keine Basis und „keinen Ort“, wie es Certeau nennt, für ihre Aktivitäten, nutzten aber trotzdem den Raum, der um sie entstand, kreativ, indem sie „günstige Gelegenheiten“ ergriffen. Eine solche Gelegenheit war der Besuch von Psychotherapien, weil sie mithilfe eines Attests ihrer Therapeutin bzw. ihres Therapeuten ihre Ausreise hinauszögern konnten. Dies war eine Taktik in Ermangelung anderer Alternativen. Doch die Anwendung dieser Taktik



wurde von allen Gesprächspartnerinnen und -partnern individuell erlebt, beschrieben und gerechtfertigt. Eine wichtige Rolle spielten dabei immer die äußeren Zwänge, die vordergründig thematisiert wurden. Auf diese werde ich im ersten Teil des Kapitels eingehen; den konkreten Erfahrungen mit psychotherapeutischer Behandlung und der Kategorie „psychisch krank“ werde ich mich im zweiten Teil widmen.

### **3.1 Meine bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner**

Die bosnischen Flüchtlinge waren die Hauptakteure in den Verhandlungen um einen Aufenthalt für kriegstraumatisierte Menschen, die ich untersuche. Doch sie entziehen sich dem Diskurs, sie haben keine eigene Stimme, denn es wurde vornehmlich von Expertinnen und Experten über sie gesprochen und geschrieben – so auch im folgenden Text. Obwohl sie den zentralen Dreh- und Angelpunkt der Diskussionen bildeten, verschwinden sie immer wieder, denn sie haben keinen eigenen Ort, von welchem ausgehend sie Strategien verfolgen könnten, wie Certeau anmerkt (1988: 23). In den Gesprächen thematisierten sie diese machtlose Position mehrmals. Insbesondere über die Reglementierungen ihres Aufenthaltes sprachen sie viel; hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit den psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen waren sie eher zurückhaltend; häufig musste ich mehrmals nachfragen. Die unterschiedliche Präsenz von Therapie und des Umgangs der Verwaltungen mit ihnen in ihren Schilderungen hängt mit den unterschiedlichen Regulierungsmechanismen zusammen. Nikolas Rose stellt fest, dass „Techniken der Psychotherapie ohne Druck [Übersetzung A. W.]“ vorgehen (Rose 1990: 227). Im Gegensatz dazu übte die Verwaltung Zwang und Druck aus, die in den Erzählungen der Flüchtlinge präsenter waren.

Weil ich die Gespräche über einen längeren Zeitraum geführt habe, gebe ich hier einen tabellarischen Überblick, der eine Orientierung in den folgenden Kapiteln ermöglichen soll. Die Übersicht deutet zum einen die unterschiedlichen früheren beruflichen Biografien an und zum anderen die bedrückende Perspektivlosigkeit zum Zeitpunkt der Interviews, die vor allem von Arbeitslosigkeit geprägt war. Außerdem habe ich die Institutionen<sup>64</sup> vermerkt, in denen meine Gesprächspartnerinnen und -partner in Psychotherapien waren oder begutachtet wurden, und welchen Aufenthaltsstatus sie zum Interviewzeitpunkt besaßen.

---

<sup>64</sup> Ich verwende die gängigen Abkürzungen für die Institutionen, die sich im Abkürzungsverzeichnis finden. Am Anfang des nächsten Kapitels zu den Behandelnden stelle ich die Institutionen kurz vor.

## Übersicht meiner bosnisch-herzegowinischen Gesprächspartnerinnen und -partner:

Name:	nach D.	woher	Alter	Bildungs-jahre	Beruf	Beschäftigung heute	Aufenthalt	Interview	Psychiater	Psychotherapie	Wo Therapie (Begutachtung)
Fr. Avdagić	1993	Srebrenica	34	12	Hausfrau	1€-Job im Wohnheim	Duldung 3 Mon.	Mai 2005	X	X	zfm
Hr. Ferhatović	1994	Doboj	46	11	Facharbeiter	Hausmeister	Befugnis 2 Jahre	Juni 2005	X	X	zfm
Fr. Rajlić	1993	Bos. Brod	40	12	Angestellte	Reinigungskraft	Schnupperbefugnis 6 Mon.	Juni 2005	X	X	zfm
Hr. Galić	1995	Janja	49	11	selbstständig	arbeitslos	Duldung 3 Mon.	Sept. 2005	X	X	zfm
Hr. Imamović	1992	Bijeljina	54	11	Facharbeiter	arbeitslos	Befugnis 2 Jahre	Sept. 2005	X	X	zfm
Fr. Halkić	1993	Derventa	43	12	Angestellte	arbeitslos	Befugnis 2 Jahre	Okt. 2005	X	X	Südost und Niederlassung
Hr. Tomić	1994	Bugojno	65	8	selbstständig	berentet	Befugnis 2 Jahre	Juni 2006	X		(zfm)
Fr. Bašić	1995	Srebrenica	43	8	Hausfrau	arbeitslos	Befugnis 2 Jahre	Juni 2006	X	X	Südost
Hr. Džaferović	1993	Trebinje	47	14	Angestellter	arbeitslos	Befugnis 2 Jahre	Juni 2006			(bzfo)
Fr. Müller	1993 u. 1997	Vitez	41	12	Krankenschwester	arbeitslos	Erlaubnis unbefristet	Juni 2006		X	bzfo
Hr. Šeferović	1993	Čapljina	41	12	Musiker	arbeitslos	Befugnis 2 Jahre	Juni 2006	X	X	bzfo
Hr. Kapić	1994	Bijeljina	54	16	Rechtsanwalt	arbeitslos	Befugnis 2 Jahre	Juni 2006		X	Südost
Fr. Marković	1992	Bijeljina	55	14	Angestellte	arbeitslos	Befugnis 2 Jahre	Juni 2006		X	Niederlassung
Hr. Osmić	1992	Bijeljina	57	12	Angestellter	arbeitslos	Befugnis 2 Jahre	Juni 2006	X	X	Südost
Fr. Nuhanović	1993	Odžak	60	12	Angestellte	arbeitslos	Erlaubnis 2 Jahre	Juni 2007	X	X	AWO
Fr. Lisac	1993	Sarajevo	45	13	Angestellte	arbeitslos	Erlaubnis 2 Jahre	Juni 2007	X	X	AWO

### 3.2 Bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge – Wieso und woher kamen sie?

Flüchtlinge aus Bosnien wurden von 1992 bis 1995 als Bürgerkriegsflüchtlinge registriert. Formal mussten sie die Staatsangehörigkeit Bosnien und Herzegowinas besitzen, eines Landes, das 1992 seine Unabhängigkeit erklärt hatte und zuvor eine Republik der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien war. Offiziell begann der Krieg in Bosnien im April 1992; die

gesellschaftliche Krise begann schon früher. In Kroatien herrschte bereits fast ein Jahr lang Krieg und beeinträchtigte auch die angrenzenden bosnischen Gebiete. Die Wirtschaft, die auf Handelsbeziehungen zwischen den einzelnen jugoslawischen Republiken angewiesen war, erlahmte und die Inflationsrate stieg täglich. Deshalb verließen viele Menschen schon vor dem offiziellen Kriegsbeginn ihre Heimat und flüchteten ins Ausland. Neben den wirtschaftlichen Beweggründen waren zwei weitere Motive für die Flucht ausschlaggebend: Männer versuchten so der drohenden oder erfolgten Einberufung in die Jugoslawische Volksarmee, die in Kroatien kämpfte, zu entgehen; Frauen und Kinder flohen, um der sich zunehmend verschlechternden Sicherheits- und Versorgungslage zu entziehen.

Offiziell endete der Krieg in Bosnien-Herzegowina am 14.12.1995 mit dem Friedensvertrag von Dayton (USA). Einige Flüchtlinge kamen erst nach diesem Datum in Berlin an und somit „zu spät“. Während die, die vor dem offiziellen Kriegsbeginn im April 1992 bereits in Berlin waren, die Ausgabe der „Duldung“ an Bürgerkriegsflüchtlinge zur Legalisierung ihres Aufenthalts nutzen konnten (zuvor hatten sie nur Besucherstatus und keinerlei Anspruch auf Unterstützung), wurden diejenigen, die nach dem offiziellen Kriegsende kamen, umgehend zurückgeschickt. Denn mit dem Kriegsende bestand keine Notwendigkeit mehr, Bosnierinnen und Bosniern vorübergehend Schutz zu gewähren.<sup>65</sup> Alle Flüchtlinge sollten wieder zurückkehren und ihr Land aufbauen. Dieses war nach dem Krieg in zwei ethnisch relativ homogene Entitäten geteilt: die Serbische Republik (Republika Srpska) und die Föderation (Federacija), wobei letztere ein Zusammenschluss der bosnisch-kroatischen und bosnisch-muslimischen Gebiete ist. Meine Gesprächspartnerinnen und -partner kamen vor allem aus Orten in Ostbosnien, die zur Serbischen Republik gehören. Ursprünglich kamen bosnische Flüchtlinge aus allen Teilen des Landes, die größten Gruppen in Berlin stammten aus Ostbosnien und der südlichen Herzegowina, was an den möglichen Fluchtwegen lag.<sup>66</sup>

Nachdem die Duldungen vieler Flüchtlinge 1997 nicht mehr verlängert wurden und bundesweit erste Abschiebungen erfolgten<sup>67</sup>, veränderte sich die Struktur der Flüchtlinge nochmals. Aufgrund

---

<sup>65</sup> Das bedeutet, dass beispielsweise Menschen, die vor Beginn der Kampfhandlungen das Land verließen, den Status eines Bürgerkriegsflüchtlings erhielten, Überlebende des Massakers von Srebrenica aber, wenn sie mehr als fünf Monate brauchten, um außer Landes nach Berlin zu fliehen, hingegen nicht, weil sie „zu spät“ kamen.

<sup>66</sup> Aus Ostbosnien konnte man über Serbien ins Ausland fliehen und in der südlichen und westlichen Herzegowina gab es Wege nach Kroatien, wo auch viele Flüchtlinge blieben, bis sich 1993 mit dem Ausbruch der Kämpfe zwischen bosnischen Kroaten und bosnischen Muslimen die Situation verschlechterte. Muslime wurden in Kroatien öffentlich angefeindet und flohen weiter in Länder, die nicht zum zerfallenden Jugoslawien gehörten.

<sup>67</sup> Zuvor hatten zwar bereits einige Bundesländer, allen voran Bayern, mit den Abschiebungen begonnen, diese beschränkten sich jedoch (zumindest offiziell) auf straffällig gewordene bosnische Kriegsflüchtlinge (Röben 1996). Aus den Akten der Berliner Senatsverwaltung für Inneres geht hervor, dass auch Berlin an der ersten Abschiebungsaktion im Dezember 1996 aus München nach Sarajevo beteiligt war. Ursprünglich war es ein Gemeinschaftsprojekt von Bayern und Berlin, die jeweils 20 Personen abschieben wollten. Berlin stieg eine Woche vor dem Flugtermin aus dem „Projekt Abschiebung von Bürgerkriegsflüchtlingen aus Bosnien-Herzegowina“ aus (Akten der Senatsverwaltung für Inneres). Neben Abschiebungen organisierte Bayern auch unfreiwillige Ausreisen: Im Winter 1996/97 kamen in der zentralbosnischen Stadt, in der ich arbeitete, bereits erste Flüchtlinge aus Bayern an. Sie wurden dort in einen Bus gesetzt und bis Sarajevo gefahren, d. h. es war keine Abschiebung. Dennoch war es keine freiwillige Rückkehr. Sie waren auch in der bosnischen Stadt nicht zu Hause, in der sie sich bei Verwandten, die Binnenflüchtlinge waren, einquartierten. Nach Ostbosnien, woher sie stammten, kehrten zu diesem Zeitpunkt noch keine Muslime zurück. Ihnen wurde zuvor in Bayern versichert, dass sich deutsche Hilfsorganisationen vor Ort um sie kümmern würden. Einigen wurde dies auch schriftlich bestätigt. Mit solchen Organisationen war natürlich nichts abgesprochen, und das Rote

der angespannten Lage in Bosnien-Herzegowina, wo schon eine halbe Million Binnenvertriebener zu versorgen war, einigten sich die Innenminister der Bundesländer darauf, Personen nur dann abzuschieben, wenn sie aus Gebieten in der Föderation stammten, die für eine Rückkehr geeignet waren<sup>68</sup> und damit davon ausgegangen werden konnte, dass eine reibungslose Rückkehr möglich war (Röben 1996).<sup>69</sup> Das bedeutete vor allem für bosnische Muslime, nicht in die Serbische Teilrepublik abgeschoben zu werden und damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, länger in Berlin bleiben zu können und eine Bleiberechtsregelung abzuwarten. Deshalb findet sich auch unter meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern eine Mehrzahl von muslimischen Bosnierinnen und Bosniern aus Ostbosnien. Allerdings wurde besonders diese Gruppe im Krieg systematisch vertrieben und tyrannisiert.

Die meisten der in Berlin registrierten Bürgerkriegsflüchtlinge hatten Verwandte in der Stadt, die hier seit den 1960er und 70er Jahren als Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter lebten. Nachdem die ersten Flüchtlinge aufgenommen wurden, holten viele ihre Familie, die nach Kroatien, Tschechien oder Ungarn geflohen waren, nach, sodass ihre Zahl immer schneller stieg. Berlin versuchte deshalb einzelne Familien nach Brandenburg „umzuverteilen“, um die finanzielle Belastung zu senken.<sup>70</sup> Auch eine Gesprächspartnerin ist mit ihrer Familie im Zuge einer solchen Umverteilung nach Brandenburg geschickt worden.

Jede und jeder leidet auf ihre oder seine Weise wegen verschiedener Erlebnisse und Verluste in Bosnien und an den Lebensumständen in Berlin. Aber es gibt auch Gemeinsamkeiten, die vor allem im Bereich des Aufenthalts und der Therapie liegen. Meine Gesprächspartnerinnen und -partner teilen die Erfahrung der Nachkriegsjahre im Berliner Exil unter enormem Ausreisedruck, dem sie einzig mit dem Besuch von Psychotherapien und einer Vertretung ihrer Interessen der Verwaltung gegenüber durch Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte begegnen konnten. Selten hatten sie noch Anknüpfungspunkte an das frühere Leben vor dem Krieg, zumeist blieben ihnen nur melancholische und verklärte Erinnerungen. Das Früher setzten sie dem Heute als heile Welt ohne Krankheit und Beschwerden entgegen. Oftmals wurde dies in den Interviews als eine Zeit thematisiert, die nicht von Arztbesuchen und Tabletten geprägt war, als eine Zeit, in der sie arbeiten

---

Kreuz, das die Binnenflüchtlinge versorgte, weigerte sich, auch noch die Flüchtlinge aus dem Ausland zu verpflegen.

<sup>68</sup> Leider waren die ursprünglich 23 „priority areas“ oder „target areas“, die vom UNHCR für intensive Aufbaubemühungen ausgewählt wurden, keine Gebiete, in die Flüchtlinge aus dem Ausland bereits 1996 ohne Gefahr zurückkehren konnten. Im Gegenteil: Der Auswärtige Amt brachte bei der Ständigen Innenministerkonferenz über das Bundesministerium des Innern einen Lagebericht ein, in dem auf Seite 1 von den „priority areas“ gesprochen wurde, deren Aufbau laut UNHCR *Voraussetzung* für eine Rückkehr von Flüchtlingen aus dem Ausland ist. Von diesen 23 Orten befanden sich 22 in der bosnisch-kroatischen Föderation. Die Ständige Innenministerkonferenz interpretierte die Stellungnahme anders und verstand die genannten 22 Orte als Gebiete, in die Flüchtlinge *sofort zurückkehren könnten*; der zuvor zu leistende Aufbau wurde ignoriert. So wurde in Berlin einen Tag nach der Innenministerkonferenz eine Liste erstellt, auf dem 22 Orte aufgeführt waren und die Anzahl der Flüchtlinge, die in diesen geboren wurden (die letzten Wohnanschriften wurden nicht im Ausländerregister erfasst, aber die Geburtsorte). Insgesamt waren es 4.421 Personen, deren Geburtsorte zu „priority areas“ wurden. Handschriftlich ist vermerkt „sichere Gebiete nach UNHCR“. Der UNHCR bemühte sich zwar mehrmals um die Richtigstellung, dass es sich bei Weitem nicht um sichere Gebiete, sondern um Aufbaugebiete handele, er blieb jedoch erfolglos. Flüchtlinge aus diesen Orten wurden frühzeitig zur Rückkehr aufgefordert und auch abgeschoben (Akten der Senatsverwaltung für Inneres).

<sup>69</sup> Dass die Umsetzung dieses Vorhabens in Berlin nicht gelang, beschreibt Thomas Hohlfeld (2008).

<sup>70</sup> Das war laut Bundesverfassungsgericht verfassungswidrig. Doch das Urteil wurde für viele Flüchtlinge zu spät gesprochen, erst 1997. Bereits zwei Jahre lang wurden keine bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge mehr registriert und versucht umzuverteilen (Hohlfeld 2008: 160).

gingen und Besitz wie Haus und Hof ihr Eigen nennen konnten. Die meisten hatten all dies verloren und sahen keine Möglichkeit, Ähnliches erneut in Berlin oder in Bosnien zu erreichen. Dabei ist auch bei diesen Schilderungen Vorsicht geboten: Sie sind bereits Konsequenzen des Flüchtlingsdaseins. Exil bedeutet auch einen Neuanfang, zum Beispiel für die Frau, deren Mann im Krieg fiel, mit dem sie in einer zerrütteten Ehe lebte und der sie schlug. Ihr neuer Partner ist verständnisvoll und unterstützt sie. Ein anderer Gesprächspartner hat seine heutige Frau in Berlin kennengelernt und eine Familie gegründet. In seiner Heimatstadt hatte er schon das Etikett eines älteren Junggesellen. In Berlin hat für die meisten ein neues Leben begonnen, mit anderen Standards, Werten, Artefakten und alltäglichen Abläufen, die sie erlernen mussten. Welche das hauptsächlich in den Jahren ohne Aufenthaltstitel waren, werde ich auf den nächsten Seiten schildern.

### **3.2.1 Lebenswelten**

Der Alltag bosnischer Flüchtlinge war durch diverse aufenthaltsrechtliche Regelungen bestimmt, die sich in speziellen Papieren, Wohnformen und Behördengängen ausdrückten, und die auch Spuren in dem Wortschatz der Flüchtlinge hinterließen. Deshalb sind die folgenden Überschriften zweisprachig. Ich werde meine Gesprächspartnerinnen und -partner oft zitieren, um ihre Sicht der Dinge darzustellen und um zu verdeutlichen, wie präsent diese Phase der Unsicherheit, Verbote und Angst immer noch war. Ich habe nie direkt nach diesen Erfahrungen gefragt, dennoch waren sie Hauptthema in den Interviews. Gleichzeitig machten meine Gesprächspartnerinnen und -partner auch wiederholt deutlich, wie dankbar sie waren, immerhin Essen, Kleidung und ein Dach über dem Kopf gehabt zu haben.

#### **3.2.1.1 Duldung – trolisnica**

Die bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge wurden in Berlin „geduldet“. Eine Duldung ist kein Aufenthaltstitel, sondern trägt den Zusatz „Aussetzung der Abschiebung“. Die „Geduldeten“ sind zeitweilig von einer Abschiebung ausgenommen, weil diese aus verschiedenen Gründen unmöglich ist.<sup>71</sup> Im Fall bosnischer Flüchtlinge war der tobende Krieg der Abschiebungsaussetzungsgrund. Eine Duldung ist eine Maßnahme, um Flüchtlinge verwaltbar zu machen. Sie werden registriert, erhalten aber keinen Aufenthaltstitel und sind weiterhin ausreisepflichtig. Die Duldung dokumentiert nur, dass die zuständige Ausländerbehörde die Betroffenen nicht abschieben kann.<sup>72</sup>

<sup>71</sup> Es kann vorkommen, dass es keine Flugverbindung gibt, mit der sich Abschiebungen realisieren lassen. Häufiger ist es auch die Weigerung des Herkunftsstaates, Flüchtlinge zurückkehren zu lassen, weil sie einer ethnischen oder religiösen Minderheit angehören oder anderweitig unerwünschte Personen sind, wie zum Beispiel regimekritische Menschen.

<sup>72</sup> Zu Beginn der 1990er Jahre benötigten jugoslawische Staatsbürger für die Einreise in die BRD kein Visum, sondern lediglich ihren gültigen Reisepass. Mit dem Kriegsbeginn in Bosnien-Herzegowina und dem zunehmenden Flüchtlingsstrom wurde 1992 die Visumpflicht eingeführt. Obwohl Flüchtlinge aus dem gesamten ehemaligen Jugoslawien kamen, konnten nur die Bosnierinnen und Bosnier den Status von „Bürgerkriegsflüchtlingen“ und Duldungen erhalten. Alle anderen Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien wurden aufgefordert, einen Asylantrag zu stellen. Auch einige bosnische Flüchtlinge haben dies getan. Die Entscheidung dieser Anträge wurde durch das Bundesamt für Flüchtlinge bis zum Herbst 1996 zurückgestellt und ab 1997 wurden die Asylanträge als unbegründet abgelehnt, da der Krieg, der Hauptgrund um Asyl zu ersuchen, vorüber war (Todt-Arnold 2001). Auch die Klagen gegen die Entscheidungen hatten nur selten Erfolg, denn Bosnien-Herzegowina galt nach Kriegsende als sicher (genug).

Seit 1996 wollte die Berliner Ausländerbehörde alle Bosnierinnen und Bosnier schnellstmöglich nach Bosnien zurückschicken und zog ihre Pässe ein, um Abschiebungen vorbereiten zu können, aber auch um Ausreisen kontrollierbar zu machen. Der Verlust des Passes, für viele das einzige Identitätsdokument, das sie noch besaßen, wurde als massiver Eingriff empfunden.<sup>73</sup> Im Austausch für den Pass erhielten die Flüchtlinge einen „Ausweisersatz“ mit dem Titel „Duldung“, in den ein Passfoto eingeklebt und der Name, Geburtstag und -ort, die Staatsangehörigkeit und die Gültigkeit der Duldung vermerkt wurden, in der Regel handschriftlich. Die dreiteiligen hellgrünen Vordrucke der Bundesdruckerei wurden auf den Ausländerbehörden ausgestellt. In die bosnische Sprache ist dieses Papier als „trolisnica“ (dt. Dreiblatt) eingegangen, was sich auf das Aussehen bezieht, denn das Papier ist durch das Zusammenklappen der rechten und linken Seite in drei Teile geteilt. Die Gültigkeit der Duldung war bis zwölf Monate variabel und hing vor allem von den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Ausländerbehörde ab. Für die Betroffenen waren die Gründe für eine unterschiedliche Verlängerung nicht nachvollziehbar. So sagte Frau Lisac: „Eigentlich hatte ich nur einmal eine Duldung für zwölf Monate, ich habe immer eine für sechs bekommen, während andere ständig eine für zwölf Monate bekamen. Nur ich habe immer eine für sechs bekommen, und nie war mir klar warum.“<sup>a</sup>

Laut Berliner Weisungslage *konnten* traumatisierte Flüchtlinge eine zwölfmonatige Duldung erhalten, *mussten* aber nicht. Die Entscheidung darüber trafen die jeweiligen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter. Eine Duldung gilt ausschließlich für den Landkreis, der sie ausstellt. Um diese Verwaltungseinheit zu verlassen, benötigten die „Geduldeten“ eine Genehmigung der Ausländerbehörde. Diese wurde zwar erteilt, jedoch nicht immer. Wer ohne „Urlaubsschein“, wie die „zeitweilige Aufhebung der räumlichen Beschränkung“ von den Flüchtlingen bezeichnenderweise genannt wurde, außerhalb Berlins angetroffen wurde, hatte eine Ordnungswidrigkeit begangen und musste bei einer Wiederholung mit einer Geldstrafe rechnen. Im neuen Zuwanderungsgesetz, das 2005 in Kraft trat, ist der wiederholte Verstoß ein Straftatbestand (Aufenthaltstitel.de 2005b).

### **3.2.1.2 Wohnheim – hajam**

Neben der Duldung gehörte das Wohnheim für die meisten Flüchtlinge zum Alltag. Ihnen wurden seit 1993 keine Arbeitserlaubnisse erteilt, um den Arbeitsmarkt vor Lohndumping zu schützen (Interview mit Herrn Hampel). Die Arbeitsaufnahme wurde per Stempel auf der Duldung untersagt.<sup>74</sup> Deshalb waren die meisten Flüchtlinge auf den Bezug von Sozialhilfe angewiesen und wurden in Wohnheimen untergebracht, die vom Landesamt für Gesundheit und Soziales angemietet

<sup>73</sup> Bis dahin war es ein teurer Luxus, einen gültigen Pass zu besitzen, da die bosnisch-herzegowinischen Pässe nur eine zweijährige Gültigkeit hatten. 1994 kostete ein neuer Pass 350 DM. Deshalb wurden, um Kosten zu sparen, von der Ausländerbehörde Ausweisersatzpapiere ausgestellt (Abgeordnetenhaus Berlin 17.01.1994), da sonst die Sozialämter der Stadt die neuen Pässe finanziert hätten. Das bedeutet, dass Flüchtlinge, die noch im Besitz von gültigen Pässen waren, das Geld für diese von der Sozialhilfe zusammengespart hatten und es persönlich als wichtig empfanden, einen Pass zu besitzen und nicht nur ein Papier, das „Ausweisersatz“ hieß.

<sup>74</sup> Jede Duldung trug einen aufgestempelten Hinweis, dass die Aufnahme einer Arbeit, Ausbildung oder eines Studiums untersagt ist. Nur in Ausnahmefällen wurde diese Regelung ausgesetzt. Seit 1999 gab es für Traumatisierte die Möglichkeit, eine arbeitsmarktunabhängige Arbeitserlaubnis zu erhalten (vgl. Initiative für ein Interkulturelles Kulturzentrum 2005).

wurden. Dadurch entstanden dem Bundesland Berlin enorme Kosten, denn die Preise für die Heimunterbringung lagen zwischen 17 und 40 DM pro Person und Nacht (Mihok 2001: 79 ff. und auch Thimmel 1994). In zahlreichen Debatten im Berliner Abgeordnetenhaus ging es um die durch die Flüchtlinge verursachten Kosten allgemein und immer wieder auch um die Wohnheimunterbringung. Im Durchschnitt gab das Landesamt für Gesundheit und Soziales für normale Unterkünfte im Juni 1997 rund 23,50 DM pro Person und Tag aus (Abgeordnetenhaus Berlin 17.08.1998), für spezielle Einrichtungen, wie zum Beispiel für traumatisierte Frauen, im April 1998 25,90 DM (Abgeordnetenhaus Berlin 12.05.1998).<sup>75</sup>

Die „Mindestanforderungen für die Unterbringung von Aussiedler/-innen, Asylbewerber/-innen sowie Kontingent- und anderen Flüchtlingen“ (LaGeSo 2004a) ließen den Wohnheimbetreibern Spielraum bei der Ausstattung ihrer Objekte, den sie zur Gewinnmaximierung oft ausnutzten.<sup>76</sup> Zur Unterbringung dienten oft alte Armee- und Staatssicherheitsobjekte, Lehrlingswohnheime und alte Krankenhäuser im Ostteil Berlins und Containersiedlungen in Randlagen und Industriegebieten (Thimmel 1994). Die Verträge mit den über 50 Prozent privaten Betreibern der Wohnheime liefen über 5 bis 10 Jahre. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales zahlte Entschädigungen in Höhe von 80 Prozent des vereinbarten Tagessatzes, wenn Wohnheime weniger als 90 bis 95 Prozent ausgelastet waren. Aufgrund dieser Ausfallbeteiligung wurde es Flüchtlingen nicht gestattet, in Wohnungen umzuziehen, obwohl diese preiswerter für die Sozialämter gewesen wären.<sup>77</sup> Die Verträge waren kündbar, wenn über 3 Monate ein Wohnheim nur zu einem Drittel belegt war (Abgeordnetenhaus Berlin 29.07.1997 und 19.09.1997). Die Zahl der Wohnheime sank ab 1996 stetig. Von Juni 1996 bis Ende 1998 fiel die Kapazität von circa 20.000 Wohnheimplätzen auf circa 8.500 (Abgeordnetenhaus Berlin 19.09.1997), im Jahresbericht 2004 des Landesamtes wurden nur noch 1.956 Vertragswohnheimplätze angegeben (LaGeSo 2004).

<sup>75</sup> Die Verträge mit den Heimbetreibern wurden Anfang der 1990er Jahre geschlossen, als Wohnraum in Berlin knapp war und auch viele Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sowie jüdische Kontingentflüchtlinge eine Erstunterkunft benötigten. Mit den steigenden Flüchtlingszahlen mussten weitere Verträge eingegangen werden, teilweise zu überhöhten Preisen. Mit der fortschreitenden Renovierung der östlichen Innenstadtbezirke und dem Abwandern von Familien in den „Speckgürtel“ stieg das Wohnungsangebot. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales ließ die Verträge auslaufen und handelte neue, bessere Konditionen aus. Das geschah unter öffentlichem Druck und dem Beschluss des Berliner Abgeordnetenhauses, Personen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen, möglichst in Privatwohnungen unterzubringen (LaGeSo 2003). Zugleich wurde den sinkenden Zahlen von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern sowie Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern Rechnung getragen und seit Ende der 1990er Jahre eine Reduzierung der Kapazitäten angestrebt.

<sup>76</sup> Wie einträglich das Geschäft mit den Wohnheimen war, verdeutlicht ein Gerichtsurteil, das sich mit dem Gewerbesteuerbescheid eines Betreibers beschäftigt. Dieser klagte gegen den Bescheid, da er nur Einnahmen aus der Vermietung des Wohnheimes hätte und kein Gewerbe betreibe. Er mietete 1996 ein ehemaliges Lehrlingswohnheim und stellte einem Landkreis erst 150, dann 190 Betten für die Unterbringung von Flüchtlingen zur Verfügung. Einrichtungs- und Instandhaltungskosten trug der Kreis. Pro Bett zahlte dieser jährlich 4.800 DM (in Berlin war ein Bett doppelt so teuer). Es wurden ein Hausmeister und zwei Aushilfskräfte eingestellt, nachts war ein Angestellter einer Sicherheitsfirma anwesend. Die Einkünfte aus der Vermietung nach Abzug sämtlicher Neben- und Werbungskosten, waren einkommensteuerpflichtig. Im beschriebenen Fall wurde auch eine Gewerbesteuer erhoben, wogegen der Betreiber (erfolglos) klagte (Sächsisches Finanzgericht 2003). Ein Wohnheim dieser Größe brachte den Betreibenden jährlich eine halbe bis zu einer Million DM Reingewinn, die von den Kommunen aufgebracht wurden.

<sup>77</sup> Auch noch in den Jahresberichten 2003 und 2004 des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin wird betont, dass die Zahlungen von Leerstandskosten durch Kapazitätsabbau und Neuverhandlung der Verträge gesenkt wurden (LaGeSo 2003 und 2004b). In diesen Jahren gab es nur noch wenige bosnische Flüchtlinge in den Wohnheimen, die meisten waren zurückgekehrt. Die Verbliebenen erhielten einen Aufenthaltsstatus und durften daraufhin in Privatwohnungen umziehen.

Die schrittweise Schließung der Wohnheime bedeutete für die Flüchtlinge häufiges Umziehen (Mihok 2001: 88). Für die Kinder gingen mit den Umzügen mehrfache Schulwechsel einher. Aber auch die Flüchtlinge selbst stellten oft Anträge auf eine Umverteilung, um in ein besseres Wohnheim oder zu Verwandten, die in einem anderen Heim untergebracht waren, umziehen zu können. Zwei Drittel aller Umzüge in andere Heime erfolgten auf Ersuchen der Flüchtlinge (Abgeordnetenhaus Berlin 29.07.1997).

Die Zeit im Wohnheim war für viele prägend:

Ich lebte im Heim sieben Jahre mit meiner Mutter in einem Zimmer. Meine Frau kam mit den beiden Kindern nach zwei Jahren. Wieder in einem Zimmer, sechzehn Quadratmeter und wir sind zu fünf. Aber wenn du dich erinnerst, dass du mal einen großen Hof hattest, irgendwann hattest du ein großes Haus, ein Grundstück neben zwei Flüssen, nah am Meer, Feigenbäume. Hier bist du verurteilt mit jedem Gesindel auf eine Kloschüssel zu gehen, auf dem gleichen Herd zu kochen, das ist einem alles schwer gefallen.<sup>b</sup> (Herr Džaferović)

Neben der Enge und der Belastung durch die fehlende Privatsphäre fühlte sich Herr Džaferović zusätzlich an seine Zeit im Konzentrationslager erinnert:

Ich war auch hier in einem Lager. Wenn du aus einem Leiden rauskommst und in ein anderes Leid kommst, dann belastet dich das noch mehr. Es belastet dich. Du willst das dort vergessen, aber du bist hier, hier erlebst du ebenfalls irgendwelche Szenen, solche Schreie, Streit, Gekreische, Weinen. Weißt du, das wiederholt sich [...] Du kannst nicht, wie soll ich sagen, einfach nicht gesund werden.<sup>c</sup> (Herr Džaferović)

Herr Džaferović beschrieb das Wohnheim als eine Wiederholung seiner Leidenserfahrungen während des Krieges. Er war in einem Lager interniert gewesen, in dem er keine Privatsphäre hatte und die Misshandlungen von Mitgefangenen ansehen musste. Im Heim hatte er auch keine Privatsphäre und wurde durch den aggressiven Lärm an seine Zeit im Lager erinnert. Dass solche Zustände belastend waren, war auch der Verwaltung klar, weshalb vor allem alleinstehende Mütter mit Kindern oder Traumatisierte von der Wohnheimunterbringung ausgenommen oder in „bessere“ Wohnheime verteilt wurden, in denen es separate Bäder oder Kochstellen gab. In den Genuss solcher Wohnheime kamen zum Beispiel Frau Müller und Frau Lisac, die damit auch einen besseren Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten hatten, weil sie von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern direkt zu Psychologinnen und Psychologen geschickt wurden.

### **3.2.1.3 Sozialhilfe – socijala**

Alle meine Gesprächspartnerinnen und -partner waren durch das Arbeitsverbot gezwungen, Sozialhilfe zu erhalten. Um die Lasten zwischen den Bezirken gleichmäßig zu verteilen, wurden die Flüchtlinge nach dem Geburtsdatum des Haushaltsvorstandes je einem Berliner Sozialamt zugeteilt (Mihok 2001: 81). Das bedeutete lange Wege zum zuständigen Sozialamt, gleichzeitig aber auch die Notwendigkeit, eine Fahrkarte für den öffentlichen Personennahverkehr zu erhalten. Damit waren die Flüchtlinge innerhalb Berlins relativ mobil und konnten auch die Beratungsangebote in der Innenstadt nutzen, vorausgesetzt, sie erhielten die nötigen Informationen zu diesen Hilfsangeboten. Geblieben ist den Flüchtlingen aus dieser Zeit eine mentale Karte Berlins, die sich an S- und U-Bahn-Haltestellen orientiert. So befand sich das Provisorium der Ausländerbehörde für die



Registrierung von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit einem Schiff, das als Warteraum diente, zwar am Waterloo-Ufer, für die Flüchtlinge war aber diese zentrale Duldungsausgabe- und -verlängerungsstelle am „Halleschen Tor“, der U-Bahn-Haltestelle in der Nähe. Die Gebäude der Ausländerbehörde am Friedrich-Krause-Ufer sind über die U-Bahn-Haltestelle Amrumer Straße zu erreichen und dementsprechend war man in der „Amrumer“, wenn man in der Ausländerbehörde war. Das Behandlungszentrum für Folteropfer befand sich in den DRK-Kliniken Berlin-Westend und so wurde daraus die „Westendklinik“.

Bis 1997 wurde die Sozialhilfe ausgezahlt; mit einer Novelle des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) änderte sich das. Ihr abschließender, im Vergleich zum ursprünglichen Entwurf verschärfter Wortlaut, ging auf eine Initiative des Bundeslandes Berlin zurück.<sup>78</sup> Danach konnten die monatlichen Bezüge für Bürgerkriegsflüchtlinge für drei Jahre oder länger abgesenkt, der Zugang zu medizinischer Hilfe eingeschränkt, Bekleidungsgeld und Prozesskostenhilfe total gestrichen werden. Die Einsparungen sollten in einen Fond für die Aufbauhilfe in Bosnien fließen und so 150 Millionen DM den Rückkehrern aus Deutschland zur Verfügung stehen. Doch diese Vereinbarung war nicht bindend. Das sogenannte Sachleistungsprinzip<sup>79</sup> verursachte zusätzliche Kosten, die bei der Gesetzesänderungsdebatte nicht mit einkalkuliert wurden. Deshalb wurde kein Geld eingespart und kam auch nicht in Bosnien an (Classen 1999: 8 ff.). Das Sachleistungsprinzip war sogar teurer als die Auszahlung von Bargeld.<sup>80</sup> Flüchtlinge, deren Traumatisierung bereits bei der Ausländerbehörde aktenkundig war, waren von diesen Einschnitten nicht betroffen, denn ihr Aufenthalt wurde weiterhin ununterbrochen geduldet und eine Minderung der Sozialleistungen war somit nicht möglich.

Bei allen anderen Flüchtlingen machten die Berliner Sozialämter von der Neuregelung regen Gebrauch und füllten damit die Flure der Sozialberatungen, denn die Flüchtlinge lernten langsam, dass sie sich nicht alles bieten lassen mussten und die staatlichen Institutionen selbst Fehler machten, wogegen mit Hilfe von Unterstützerinnen und Unterstützern vorgegangen werden

---

<sup>78</sup> Eine zweite Verschärfung des AsylbLG wurde nur einige Monate später durch Frau Professor John, die damalige Ausländerbeauftragte Berlins, initiiert und durchgesetzt (Classen 1999: 11 ff.).

<sup>79</sup> Sachleistungsprinzip bedeutet, dass neben dem Taschengeld in Höhe von 80 DM/40 EUR monatlich kein Bargeld an die Betroffenen ausgezahlt wird. Essen und Kleidung werden zugeteilt, geliefert oder sind mit speziellen Abrechnungssystemen zu erwerben.

<sup>80</sup> Zum 31.01.2007 wurde in Berlin der letzte Vertrag mit dem Bezirksamt Spandau über die Bereitstellung von Chipkarten gekündigt – durch den Anbieter. Die Anzahl der Nutzer war in den letzten Jahren soweit gesunken, dass es sich für den Betreiber nicht mehr lohnte (freyafuten 2006). Da die Chipkarten nur in Läden mit einem besonderen Abrechnungssystem genutzt werden konnten, mussten die Betroffenen lange Wege zu den Einkaufsmöglichkeiten zurücklegen. Dabei wurden die monatlichen Fahrkarten für den öffentlichen Personennahverkehr gleichzeitig gestrichen. So war zum Beispiel die nächste chipkartentaugliche Einkaufsmöglichkeit vom ehemaligen Wohnheim im Kornmandelweg in Marzahn anderthalb Kilometer weit entfernt, aber ein Lebensmitteldiscounter befand sich dem Wohnheim gegenüber. Für ältere Menschen bedeuteten die Chipkarten oft den Verlust der Selbstständigkeit, wie im Fall der älteren Mutter einer Studienteilnehmerin, die nicht mehr allein einkaufen ging, da sie als Analphabetin die PIN nicht eingeben konnte. Auch das Aufsuchen von Ärztinnen und Ärzten und Beratungsstellen wurde erschwert (Funke/Rhotert 1999: 301). Das Sachleistungsprinzip kann noch seltsamere Blüten treiben: In Sachsen zum Beispiel waren Lebensmittelpakete mit sogenannter TK-Kost selbst in Dresden, wo es durchaus Einkaufsmöglichkeiten gibt, verbreitet. Eine Patientin der Universitätsklinik Dresden erhielt wegen Vitaminmangel monatlich Spritzen, damit die ihr verschriebenen Psychopharmaka wirkten, hatte aber seit mehr als fünf Jahren (ihrem Aufenthalt in Deutschland) kein frisches Gemüse mehr gegessen.

konnte.<sup>81</sup> Herr Imamović berichtete, dass er sich ursprünglich deshalb an das Zentrum für Migrationshilfen des Deutschen Roten Kreuzes wandte. Dort erhielt er Hilfe bei bürokratischen Fragen, später begab er sich dort auch in eine Psychotherapie.

#### **3.2.1.4 (Schwarz-)Arbeit – posao (na crno)**

Arbeit war in den Interviews immer wieder ein wichtiges Thema, denn sie war den meisten Flüchtlingen verwehrt, weil sie keine Arbeitserlaubnis erhielten. Trotzdem arbeiteten viele Flüchtlinge.<sup>82</sup> In den 1990er Jahren erlebte Berlin einen Bauboom und damit bestand Bedarf an billigen Arbeitskräften, den unter anderem Bosnier deckten. So arbeiteten die meisten Männer illegal(isiert) auf Berliner Baustellen. Frauen putzten private Wohnungen der Berliner Mittelschicht oder arbeiteten als Kindermädchen. Auch literarisch fand dies einen Niederschlag in einem Buch der kroatischen Schriftstellerin, Slawistin und Privatdozentin für Literatur, Dubravka Ugrešić, die aus Kroatien ins Berliner Exil kam. In ihrem Roman verarbeitet sie viele autobiografische Elemente dieser Erfahrung.

In Deutschland angekommen, ließen wir, Goran und ich, uns in Berlin nieder. Es war Gorans Entscheidung, nach Deutschland kam man ohne Visum. Unsere Ersparnisse reichten für ein Jahr. Ich fand mich schnell zurecht. Sittete die Kinder einer amerikanischen Familie. Die Amerikaner zahlten mehr als großzügig und waren nette Leute. Ich fand auch einen kleinen Job in der Staatsbibliothek, einmal wöchentlich, in der Slawistik. Da ich etwas vom Bibliothekswesen verstand, Russisch sprach und in den anderen slawischen Sprachen zurechtkam, fiel mir die Arbeit leicht. Ich wurde schwarz bezahlt, anders ging es nicht (Ugrešić 2005: 12 f.).

In diesem Absatz sind alle bereits angesprochenen Zwänge und Logiken konzentriert zusammengefasst, die visarechtlichen Regelungen, die es möglich machten, nach Deutschland einzureisen, die Attraktivität Berlins (es war billig), die schnelle Integration und die Möglichkeit zur illegal(isiert)en Arbeit auch für Fachleute. Mit dem Geld unterstützten die Flüchtlinge Verwandte im Kriegsgebiet oder bezahlten deren Flucht oder rückwirkend ihre eigene.

Die Mehrzahl der Leute hat versucht schwarz zu arbeiten, denn sie hatte keine Arbeitserlaubnis. [...] Einige haben schwarz gearbeitet, weil es ihnen einfach zu langweilig war, zu Hause zu sitzen. Andere haben gesagt, morgen wird der Krieg zu Ende sein und wir müssen zurück, wie soll ich ohne Geld nach Hause? Ich muss etwas verdienen. Dritte haben gesagt, dass sie ihren Angehörigen in Bosnien helfen. Das sind alles starke Argumente, nicht wahr? Aber vor dem Gesetz gilt das nicht. Und was noch eine Seite des Ganzen ist, diejenigen hatten Glück, denen es gelang, das Geld zu bekommen, welches sie schwarz verdient haben. Viele von ihnen haben nie Geld erhalten.<sup>d</sup> (Herr Kapić)

Herr Kapić fasst alle Motivationen treffend zusammen und spricht auch das Risiko an, kein Geld zu erhalten und dass es trotz verständlicher persönlicher Beweggründe ein Gesetzesverstoß ist. Alle meine Gesprächspartnerinnen und -partner wurden durch den Krieg aus ihrem Arbeitsleben

---

<sup>81</sup> Das war eine neue Erfahrung für alle Menschen aus dem ehemaligen Ostblock. Autoritäre Regime verstießen zwar im gleichen oder höheren Maß offensichtlich gegen geltendes Recht, doch es gab keine oder stark eingeschränkte Möglichkeiten sich dagegen zur Wehr zu setzen. In Berlin waren eine Vielzahl von Menschen und Institutionen damit beschäftigt, solches Unrecht gegenüber Flüchtlingen öffentlich zu machen und abzuschaffen.

<sup>82</sup> In der Zeit, in der sie keine Arbeitserlaubnis hatten, arbeiteten drei meiner Gesprächspartnerinnen und -partner ehrenamtlich in Vereinen, eine Frau als Reinigungskraft mit einer Arbeitserlaubnis, die ihr täglich eine halbe Stunde Arbeit gestattete, und zwei erzählten mir ungefragt, dass sie früher illegalisiert gearbeitet hätten.

herausgerissen. Arbeitslosigkeit gab es im ehemaligen Jugoslawien, wie in anderen sozialistischen Ländern, kaum.<sup>83</sup> Neben der verordneten Untätigkeit, der Langeweile wie Herr Kapić sagt, waren der soziale Abstieg und der Empfang von Hilfen ebenso belastend. Die Geldleistungen des Sozialamts waren für die meisten eine Demütigung. „Das war das Schwerste. Noch ein Sozial[fall], die Sozialhilfe war für mich furchtbar. Denn bei uns gab es nicht sehr viele Sozialhilfeempfänger. Und dann habe ich noch nie. Ich habe gearbeitet“, sagt Frau Rajlić. Sie hatte früher zur arbeitenden Normalbevölkerung gehört.

Arbeit eröffnet die Möglichkeit, zu konsumieren und so an der Gesellschaft teilzuhaben. Dies ist ein grundlegender Charakterzug einer postmodernen Gesellschaft (Rose 1990: 225), gleichermaßen in Bosnien wie in Deutschland. Zusätzlich zu den finanziellen Ressourcen und der Unabhängigkeit vom Sozialamt verschafft eine Beschäftigung auch Ablenkung von Alltagssorgen und Grübeleien.

Dass ich arbeite, ich würde mir wünschen arbeiten zu können, dass ich jetzt gesund bin um zu arbeiten. Ich denke. Ich denke, wenn ich arbeiten, mindestens drei vier Stunden, arbeiten würde, wenn ich arbeiten würde, dass es mir dann besser ginge. [...] Aber so ist es mehr, wenn du rumsitzt, dann denkst du darüber nach und denkst zurück, wie es war, was geschehen ist. Ob du wieder nach unten zurückkehrst, ob du es nicht tust, ob du was weiß ich.<sup>f</sup> (Herr Osmić)

Da Grübeleien und Zukunftssorgen auch Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung sind, wird hier eine Unterscheidung schwierig, ja unmöglich. Wo hören Alltagssorgen auf, die in der Situation von Flüchtlingen in Berlin exorbitant waren, und wo beginnen die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung? Ein unlösbares Dilemma, das Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte veranlasste, bessere Lebensbedingungen für Traumatisierte zu fordern, um deren Symptome nicht zu verstärken.<sup>84</sup> So entstand eine Härtefallregelung, die eine Arbeitserlaubnis für Traumatisierte ab 1999 ermöglichte, von der jedoch keine/einer meiner Gesprächspartnerinnen oder -partner profitierte.

Neben der erzwungenen Passivität ergab sich ein weiteres Problem für die Zukunft: fehlende finanzielle Ressourcen. „Habe ich etwa etwas von dieser Sozialhilfe gespart und sie irgendwohin mitgenommen, oder habe ich genau das, was sie mir gaben auch da gelassen? [...] Das ist alles in Ordnung, das ist logisch. Aber was soll ich morgen machen, wenn ich alt bin? Wovon soll ich leben? Von gar nichts“, sagt Herr Džaferović frustriert. Eine Rückkehr wurde wegen fehlender Arbeit und dem Sozialhilfebezug unwahrscheinlicher, denn woher sollten die materiellen Mittel kommen, um das Zerstörte aufzubauen? Woher das Geld zur Finanzierung des täglichen Lebens und der notwendigen Krankenversicherung?<sup>85</sup>

<sup>83</sup> Die jugoslawische Wirtschaft war marktorientiert. Bereits in den 1980er Jahren wurden private Unternehmen zugelassen. Arbeitsmigration nach Deutschland, Österreich, Italien oder in die Schweiz, also ins kapitalistische Ausland, wurde von der Regierung toleriert. Arbeit hatte einen hohen Stellenwert und bedeutete Selbstverwirklichung und (finanzielle) Unabhängigkeit. Im Gegensatz zu Staatsbürgern anderer sozialistischer Staaten besaßen Jugoslawinnen und Jugoslawen Reisefreiheit. Oftmals erzählen sie in diesem Zusammenhang von ihren Einkäufen in Italien (Kleidung) und Ungarn (Lebensmittel). Auch der Markt war weitestgehend ein freier, mit vielen westlichen Importartikeln.

<sup>84</sup> Ein interviewter Psychologe meinte sogar, dass ein sicherer Aufenthalt eine Psychotherapie überflüssig machen würde.

<sup>85</sup> Marita Eastmond beschreibt, wie langwierig eine Rückkehr sich gestaltet, vor allem für Menschen, die ihr Vertrauen in staatliche Strukturen verloren haben (Eastmond 2006). Die von ihr beschriebenen schwedischen Flüchtlinge aus Bosnien hatten bessere Ausgangsbedingungen als ihre Landsleute in Berlin und dennoch war die Rückkehr ein mehrjähriger Prozess.

Im Fall einer Rückkehr, aber auch im Falle eines Besuchs, der mit dem Erhalt eines Aufenthaltstitels möglich wurde, erwarteten die Daheimgebliebenen, dass die Flüchtlinge aus dem Ausland mit Geld nach Hause kämen, ihnen helfen würden und selbst keine Unterstützung bräuchten. Deshalb sind aus dem Ausland rückkehrende Flüchtlinge explizit von vielen Aufbauprogrammen ausgenommen. Im Gegensatz zu Berlin war in einigen alten Bundesländern eine legale Arbeitsaufnahme für Flüchtlinge nach einem Jahr möglich, so zum Beispiel in Bayern und Baden-Württemberg, wo das Ersparnis nach der Ausweisung einen neuen Start in Bosnien (oder in einem Auswanderungsland) ermöglichte<sup>86</sup> (Mihok 2001: 93). Im ehemaligen Jugoslawien ist Deutschland seit der Gastarbeiterimmigration der Inbegriff guter Verdienstmöglichkeiten. In den Augen ihrer Landsleute waren die Flüchtlinge zu faul. Wer weiß in Bosnien, dass Deutschland aus einzelnen Bundesländern besteht, die für die Umsetzung des Ausländerrechts zuständig sind und damit regional große Unterschiede in den Lebensbedingungen für die Flüchtlinge bestanden? In der Konsequenz fühlten sich Berliner Flüchtlinge dreifach ausgeschlossen. Erstens durch die hiesige Gesellschaft, die ihnen klar machte, dass sie hier nicht erwünscht waren und schnellstmöglich wieder zurückkehren sollten. Zweitens durch ihre Landsleute, die als Gastarbeiter kamen und meinten, den Flüchtlingen würde alles geschenkt, was sie sich hart erarbeiten mussten. Drittens durch ihre Landsleute in Bosnien, die sie nicht mehr als die Ihren, sondern als in der Diaspora Lebende betrachteten.

Hier bist du ein Ausländer, du gehst zurück, bei uns bist du wiederum die Diaspora, weißt du, sie nennen es Diaspora. Und dort sind wir Ausländer. Sodass wir nirgendwo mehr hingehören. Und dann fragst du dich, ob es nicht besser gewesen wäre, damals als wir unten rausgekommen sind, ob es nicht besser gewesen wäre, wenn wir dageblieben wären. Einige, ich sagen wir mal, musste herkommen. Ich konnte mich dort gar nicht [weiter aufhalten, A. W.]. Ob es denen besser geht unten, die in ihren Häusern geblieben sind? Sie haben jetzt ihre Häuser, sie haben jetzt ihren Frieden, sie haben ihren Garten, sie leben normal. Oder ob es besser ist, dass wir hier sind. Das ist schwer so, weißt du.<sup>h</sup> (Hr. Džaferović)

Dieses Gefühl, „zwischen den Stühlen zu sitzen“ und ausgeschlossen zu sein, ist typisch für viele meiner Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner. Sie stellen, wie auch Herr Džaferović, ihre Fluchtentscheidung infrage. Viele Bosnierinnen und Bosnier kennen andere Beispiele, denn sie haben Verwandte und Freunde, die der Krieg in andere europäische Länder verschlagen hat. In Schweden besaß im Jahr 2001 bereits die Mehrzahl der bosnischen Kriegsflüchtlinge die schwedische Staatsangehörigkeit (Eastmond 2006: 144 f.). Zu diesem Zeitpunkt hatten die Berliner Flüchtlinge noch nicht einmal einen sicheren Aufenthaltsstatus. So fragt sich Herr Džaferović, der ein Lager überlebte und in einer ethnisch gemischten Ehe lebt, was ihn und seine Familie zu einem besonderen Ziel der Auseinandersetzungen machte, ob es ihm besser gehen würde, wenn er während des Krieges in Bosnien geblieben wäre. Die Spannung zwischen „bei uns bist du“ und „sie nennen es“ im ersten Satz des obigen Zitats macht zudem deutlich, dass er nicht so recht weiß, wo

---

<sup>86</sup> Ich habe beispielsweise im Jahr 2004 mein Auto in einer Werkstatt in Sarajevo reparieren lassen, deren Inhaber Flüchtling in Deutschland gewesen war und in Rüsselsheim bei Opel gearbeitet hatte. Nachdem seine Duldung nicht mehr verlängert worden war, nahm er sein Know-how und Ersparnis mit nach Hause und gründete eine Werkstatt, in der mittlerweile sechs Angestellte arbeiten und die ihm ein Einkommen sichert. Das sind die kleinen Erfolgsgeschichten, die es auch gibt – leider jedoch nicht in einer strukturschwachen Region wie Berlin.

er hingehört. Die Daheimgebliebenen sind noch etwas „wir“, was sich im „bei uns“ widerspiegelt, aber auch schon die Anderen in der Formulierung „sie nennen es“. Das Gefühl, nirgends richtig dazuzugehören, wurde durch das Arbeitsverbot noch verstärkt.

Arbeit hat im Zusammenhang mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung eine doppelte Bedeutung. Zum einen ist sie eine durch die Leistungsfähigkeit im Arbeitsalltag in die Diagnose eingeschriebene Norm, zum anderen wurde Arbeit auch als Therapeutikum eingesetzt, wie zum Beispiel in den erwähnten Rehabilitationsstätten für die Veteranen des Ersten Weltkrieges (Kloocke 2005a: 47) und deshalb gab es die Ausnahmeregelung für eine arbeitsmarktunabhängige Arbeitserlaubnis für Traumatisierte.

### **3.2.1.5 Rückkehr oder Weiterwanderung – *povratak ili treća zemlja***

Dem Friedensvertrag von Dayton gemäß sollten die Flüchtlinge in ihre Heimat zurückkehren, um beim Aufbau zu helfen. Dabei schwang die Vorstellung mit, dass es in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg auch in erster Linie um den Wiederaufbau ging und dass das erwiesenermaßen gut funktioniert hatte. Darauf bezogen sich im Interview sowohl eine Therapeutin, die von einem ihrer Meinung nach unempathischen Kollegen berichtete, der eine dauerhafte Aufnahme der Flüchtlinge ablehnte, und auch Herr Hampel von der Senatsverwaltung für Inneres.<sup>87</sup> Bei solchen Forderungen wurde nicht bedacht, dass ganze Gebiete Bosniens und der Herzegowina nicht nur zerstört, sondern auch „ethnisch gesäubert“ wurden. Abgesehen vom materiellen Verlust war eine Rückkehr für Angehörige von Minderheiten in vielen Teilen Bosnien-Herzegowinas gleichbedeutend mit der Fortsetzung des Krieges mit anderen Mitteln.

Zu den häufig berichteten Diskriminierungen der Rückkehrer in Bosnien nach Kriegsende gehörten: Verweigerung der Registrierung der Rückkehrer bei der lokalen Meldebehörde, Verweigerung der Einschulung der Kinder, Verweigerung oder Forderung von hohen Geldbeträgen bei der Einrichtung von Strom-, Gas-, und Telefonanschlüssen. Wenn das Wohneigentum nicht zerstört worden war, wohnten Flüchtlinge der anderen Volksgruppe darin, oft Militärangehörige, die – um es mit einem neubosnischen Wort zu sagen – „delogiert“ werden mussten. Zuvor mussten die Eigentumsverhältnisse geklärt werden, was sich in der Regel jahrelang hinzog und oft die persönliche Anwesenheit der Eigentümerin oder des Eigentümers erforderte, was ohne Aufenthaltstitel und damit verbundener Reisefreiheit nicht möglich war. Zu diesen institutionellen Diskriminierungen kamen und kommen immer noch die alltäglichen auf dem Arbeitsmarkt<sup>88</sup> oder

<sup>87</sup> Auch Thomas Hohlfeld beschäftigte sich mit diesem Thema (insbesondere Hohlfeld 2008: 190 ff.) und zitierte mehrmals den damaligen Berliner Innensenator Schönbohm unter anderem mit den Worten: „Die bosnischen Flüchtlinge sollten lieber in ihrer Heimat Hand anlegen als hier die Hand aufzuhalten“ (Hohlfeld 2008: 213), oder „Auch in die Serbische Republik ist eine freiwillige Rückkehr möglich. Man kann nach Sarajewo fliegen und von dort aus in 3 Stunden Fußmarsch – wie ich sage, Sie sagen vielleicht Wanderung – nach Pale gehen und sich dort niederlassen. Die Behörden haben überhaupt nichts dagegen.“ (Hohlfeld 2008: 194). Zum letzten Zitat merkt Hohlfeld an, dass Schönbohm General sei; ich würde hinzufügen, dass er zudem die Gefühle der Flüchtlinge, die zumeist in langen „Fußmärschen“ oft nur ihr nacktes Leben retteten, verhöhnt. Das Zitat zeigt die zunehmende Polemik der Berliner Senatsverwaltung für Inneres den Flüchtlingen gegenüber.

<sup>88</sup> So arbeitete 2003 in Sarajevo eine serbische Frau namens Ljiljana bei einem muslimischen Kneipenbesitzer unter dem Pseudonym Fatima, weil sie mit ihrem Namen, der sie als Serbin ausweist, die Arbeit nicht bekommen hätte. Dies ist ein klassischer Fall von Mimikry (Goffman 1975), die jedoch nur in größeren Städten funktioniert. Ljiljanas Tarnung wäre fast aufgefliegen, weil ein Bekannter sie beim richtigen Namen rief, doch dann den zerstreuten Alten

durch Nachbarn, die nicht grüßen, ihre Kinder nicht mit den eigenen spielen lassen und die Rückkehrer so ausgrenzen. Im Extremfall werden nachts neu verglaste Scheiben eingeschlagen, Feuer gelegt, oder Türschwellen vermint. Im Jahr 2005, zehn Jahre nach Kriegsende, waren von geschätzten 1,2 Millionen Flüchtlingen erst (oder nur) 500.000 wieder nach Bosnien zurückgekehrt, meist in Gemeinden, wo sie der ethnischen Mehrheit angehören (vgl. Schwettmann 2007 und Ellerkmann 2007).

Dennoch sollten diese Zahlen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die meisten Flüchtlinge nach Kriegsende freiwillig zurückgekehrt sind, auch aus Berlin.<sup>89</sup> Dennoch wurde bald nur noch diskutiert, wie man die verbliebenen bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge wieder nach Bosnien schicken kann. Die Berliner Ausländerbeauftragte legte Rückkehrprojekte auf, deren Ziel es war, zerstörte Häuser von Minderheitenangehörigen aufzubauen. Im Gegenzug mussten diese sich verpflichten, freiwillig auszureisen. So wurde eine Romasiedlung bei Tuzla mit Berliner Geldern aufgebaut; doch die Infrastruktur fehlte. Um fließendes Wasser und Strom sollten sich die Bewohnerinnen und Bewohner selbst kümmern, was ohne finanzielle Mittel und einer 80 %-igen Arbeitslosigkeit, von der vor allem Roma betroffen sind, zu einer unüberwindbaren Hürde wurde und die Attraktivität der Rückkehr stark minderte. Im Interview räumt Frau Professor John ein, dass dieses Rückkehrprojekt nicht sonderlich erfolgreich war und es besser gewesen wäre, den Rückkehrwilligen je 10.000 Mark zu geben, damit sie sich etwas aufbauen können. Aber das wurde damals nicht politisch gefordert und durchgesetzt (Gespräch mit Frau Professor John).<sup>90</sup>

Die Rolle von Frau Professor John ist umstritten. Der Berliner Flüchtlingsrat kritisierte ihren Standpunkt in Bezug auf das Bleiberecht für die Bosnierinnen und Bosnier (Mai 2001) und sie warf 1999 den Berliner Flüchtlingsberatungsstellen vor, eine „Bleibeberatung ohne wirkliche Perspektive“ zu machen (Hohlfeld 2008: 152), weshalb ihrer Meinung nach die Berliner Rückkehrprojekte scheitern würden. Frau Professor John war maßgeblich an der zweiten Asylbewerberleistungsgesetzesnovelle beteiligt, die es ermöglichte, Flüchtlingen *sämtliche* Leistungen zu streichen. So kam sie in den 90er Jahren in den Ruf, nicht auf die Belange der Flüchtlinge einzugehen und sich nur für Rückführung und Weiterwanderung, aber nicht für ein Bleiberecht einzusetzen. Sie selbst machte im Gespräch mit mir auf den zeitlichen Zusammenhang aufmerksam: Je länger die Flüchtlinge blieben, desto dringender hätte man ihrer Meinung nach auch

---

spielte, der sie verwechselt habe, als sie ihn anfuhr, dass sie Fatima heiße. Dabei ist Sarajevo noch immer die Stadt, in der alle Volksgruppen am friedlichsten miteinander leben. Gleichzeitig ist es auch die größte Stadt des Landes, in anderen kleineren Orten sind solche Alltagsstrategien kaum anwendbar.

<sup>89</sup> Beispielhaft wurden vom Bundesfinanzministerium im letzten Quartal 1998 fast 3 Millionen DM mehr zu den ohnehin eingeplanten 22 Millionen DM an die International Organization for Migration (IOM) überwiesen, „wegen erheblich erhöhter Anzahl rückkehrwilliger Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien“. Außerdem wurden 5 Millionen DM zusätzlich zu den eingeplanten 10 Millionen DM für die freiwillige Rückkehr der bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge zur Verfügung gestellt (Bundestag 26.02.1999, S. 2 und 6). Somit lag entweder die Rückkehrbereitschaft höher als erwartet oder die deutschen Behörden legten ihren Kalkulationen zu kleine Zahlen zugrunde oder der Bund beteiligte sich stärker an der Rückkehrfinanzierung. Letzteres wurde von den Innenministern und -senatoren jahrelang gefordert, da die Versorgung der Bürgerkriegsflüchtlinge aus kommunalen Kassen bezahlt und deshalb Rückkehrprogramme von ihnen nur zögerlich finanziert wurden.

<sup>90</sup> Auch Thomas Hohlfeld weist auf diesen Vorschlag der Berliner Ausländerbeauftragten hin (Hohlfeld 2008: 139) und beschreibt dann im Folgenden die Probleme bei der Umsetzung dieser Rückkehrprojekte und die letztendlich verwirklichten Vorhaben.

über ein Bleiberecht diskutieren müssen. Außer Frage stand für sie, dass Frauen aus Srebrenica bleiben sollten, denn diese könnten nicht mehr zurückkehren, alle anderen Flüchtlinge trotz persönlicher Widerstände schon (Gespräch mit Frau Professor John).

Warum gerade Frauen aus Srebrenica hätten bleiben dürfen, führte Frau Professor John nicht weiter aus. Neben den ehemaligen Lagerhäftlingen bildeten sie die einzige Gruppe, für deren Bleiberecht sie sich einsetzte. Beides sind die Opfergruppen<sup>91</sup>, die immer wieder konkret angesprochen wurden, wenn es um Traumatisierte ging. Dass alle Menschen dieser Kategorie traumatisiert waren, schien sich von selbst zu verstehen, eine Diagnostik als Nachweis war deshalb nicht nötig. Medialer Diskurs und eine Lobbyarbeit, die sie zum Teil auch selbst betrieben (Funke/Rhotert 1999: 301), aber vor allem für sie gemacht wurde, verbinden sich hier zu dieser Selbstverständlichkeit.<sup>92</sup>

Freiwillige Rückkehr gelingt nur mit einem sicheren Aufenthaltsstatus. Entscheidungen dürfen nicht final sein. Den Betroffenen muss ermöglicht werden, für eine Übergangszeit in beiden Ländern zu leben, denn Rückkehr ist ein Prozess (Eastmond 2006). Aber die bosnischen Flüchtlinge konnten nicht frei zwischen Berlin und Bosnien pendeln<sup>93</sup> und standen unter großem Entscheidungsdruck, wobei sie die Wahl hatten zwischen Rückkehr, Weiterwanderung oder Abwarten. Nachdem die ersten Bosnierinnen und Bosnier freiwillig zurückgekehrt waren, machten ihre Berichte von den Schwierigkeiten schnell die Runde und ließen die noch im Ausland Verbliebenen oft mit Enttäuschung feststellen, dass mit einem Friedensvertrag immer noch kein Frieden geschaffen und dass die ethnische Segregation nicht aufgehoben wurde, sondern sich fortsetzt.

Auch Gewalt, die nicht nationalistisch motiviert war, nahm in der Nachkriegsgesellschaft zu und tendierte dazu, in den neuen nationalistischen Logiken erklärt zu werden. Ein Beispiel aus meiner eigenen Erfahrung zeigt, wie eingeschliffen die nationalistischen Zuweisungen und Vermutungen zum Teil bis zum heutigen Tag sind:

Im Spätherbst 1996 wurde in Kakanj, einer kleinen bosnischen Industriestadt, eine Ordensschwester, die für die Caritas tätig war, ermordet. Ich war zu der Zeit seit drei Monaten in der Stadt. Der ganze Ort war wie erstarrt, es gab nur das eine Gesprächsthema und die Angst vor einem erneuten Aufflammen der Gewalt.

Vor dem Krieg war die Gemeinde vor allem bosnisch-muslimisch und bosnisch-kroatisch (katholisch). Bosnische Serben (orthodox) waren eine Minderheit. Nachdem 1993 das muslimisch-kroatische Waffenbündnis zerfiel, wurden viele Katholiken vertrieben, allerdings nicht in einem öffentlichen Exodus, sondern in nächtlichen Aktionen und durch Provokationen. In den Dörfern

<sup>91</sup> Ergänzt durch vergewaltigte Frauen, die sich jedoch nicht als Gruppe organisierten und zum Teil in der Organisation der Frauen von Srebrenica aufgehen.

<sup>92</sup> Die ehemaligen Lagerinsassen und die Frauen aus Srebrenica nutzten Räumlichkeiten des Südost Kultur e. V., der von der Berliner Senatsverwaltung und der Ausländerbeauftragten finanziell unterstützt wurde (Abgeordnetenhaus Berlin 02.11.1993 und 14.10.1994). In Funke/Rhotert findet sich eine Beschreibung der Gründung der beiden Gruppen. Hier tauchten die traditionellen Gruppen von „sexuell Traumatisierten“ und „KZ-Überlebenden“ wieder auf. Dabei waren es nur zivile Opfer, die im Westen betreut wurden. Im ehemaligen Jugoslawien wurden auch Veteraninnen und Veteranen als dritte Gruppe von Traumatisierten therapiert und versorgt. In den Weisungen kamen diese klassischen Opfergruppen nie explizit vor, da sie zu den Traumatisierten gezählt und sie erklärtermaßen traumatisiert sind (vgl. Funke/Rhotert 1999: 299 und Hohlfeld 2008: 211). Damit wurde das Diagnosekonzept unterlaufen und auch die Weisung selbst, denn in der Folge müsste nur nach einem traumatischen Ereignis, dem A-Kriterium, gefragt werden und nicht mehr nach den psychischen/gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung.

<sup>93</sup> Die ermöglichten Orientierungsreisen hatten von vornherein den Zweck, die Rückkehr vorzubereiten. Es war kein Prozess mit offenem Ausgang.

stellte man auch noch ein Jahr nach Kriegsende abends eine Axt neben die Tür, um sich im Notfall verteidigen zu können. Ich reagierte am Anfang etwas befremdet darauf.

Im Fall der ermordeten katholischen Nonne dachten alle an muslimische Extremisten, die durch diese Tat die Spannungen zwischen den Volksgruppen wieder intensivieren wollten. Drei Tage später wurde der Täter verhaftet. Es war ein Arbeitskollege der Schwester bei der Caritas, ein Katholik, kein Muslim. Er hatte Hilfsgüter verkauft, sie hatte es entdeckt und ihn anzeigen wollen. Um nicht zur Rechenschaft gezogen zu werden, ermordete er sie. Die Stadt war förmlich erleichtert, als sich der Fall aufklärte und keine nationalistische Gewalt der Hintergrund war.

Vier Jahre später las ich in der Weiterwanderungsberatungsstelle der Diakonie in Berlin, in der ich arbeitete, die Biografie eines bosnischen Kroaten aus Kakanj. Er schrieb, dass er aus Kakanj während des Krieges vertrieben wurde und nicht mehr zurückkehren könne, weil muslimische Extremisten auch in Friedenszeiten eine katholische Ordensschwester umbrächten. In seiner Heimat wäre er auch nach dem Krieg seines Lebens nicht mehr sicher, nur weil er (bosnischer) Kroat sei und in seiner Heimatstadt einer Minderheit angehöre.

Der Vorfall hatte eine Eigendynamik entwickelt, die mit den tatsächlichen Vorgängen nichts mehr zu tun hatte. Seine Informationen hatte der Kroat wahrscheinlich von Verwandten und Freunden „zu Hause“ und aus den bosnischen Medien, die auch in Deutschland zugänglich sind. Die schnelle Aufklärung der Tat und der bosnisch-kroatische Täter waren keine Schlagzeile mehr wert und wurden auch nicht in der bosnisch-kroatischen Diaspora rezipiert, denn sie passten nicht zu nationalistischen Denkmustern. Aber ohne einen Aufenthaltsstatus war es den Flüchtlingen in Berlin nicht möglich, sich vor Ort ein Bild vom Nachkriegsleben zu machen. Der bosnische Kroat aus Kakanj ist in die USA weitergewandert und hat wahrscheinlich erst später seine Heimatstadt während Sommerurlaube wiedergesehen, wie es viele weitergewanderte Flüchtlinge tun, sobald sie die US-amerikanische Staatsangehörigkeit besitzen. Vor allem junge und gut qualifizierte Menschen und solche, die Ressourcen hatten, ein neues Leben anzufangen, d. h. Kraft oder Geld, wählten die Weiterwanderung.<sup>94</sup>

Sowohl Rückkehr als auch Weiterwanderung bedeuteten wieder Trennung von Familien und Freunden, was von denen, die blieben, als weiterer Verlust empfunden wurde.

So habe ich angefangen und die Atteste eingereicht, doch den Kindern hat das nicht geholfen. Die Kinder waren selbstständig, volljährig. Sie mussten gehen, entweder nach Bosnien oder Amerika, Australien oder Kanada. Sie haben Kanada gewählt und sie mussten dorthin übersiedeln, sie sind weggegangen. [...] Ja Gott sei Dank, meine Kinder sind gesund, auch wenn sie am Ende der Welt sind, aber es geht ihnen gut. Und das tröstet mich, nur das hält mich noch.<sup>1</sup> (Frau Nuhanović)

So wurde Frau Nuhanović von ihren beiden Söhnen getrennt und kann das Aufwachsen ihrer Enkelkinder nur über Fotos miterleben. Die Familien, die schon im Exil von ihren Verwandten, Freunden und Nachbarn getrennt waren, mussten erneute Trennungen verkraften. „Später sind sie weggegangen, jeder seinen Weg und jetzt gibt es faktisch keinen dieser Lagerinsassen hier. Nur ich bin geblieben, so, alle haben sich verstreut“<sup>6j</sup>, sagt Herr Šeferović und fühlt sich allein, weil die Leidensgenossen, die er kannte, nicht mehr in Berlin sind. Rückkehr und Weiterwanderung veränderten die Struktur der bosnischen Flüchtlinge in Berlin, denn es blieben nur die Traumatisierten und ihre engsten Familienangehörige, denen es mit den Attesten gelungen war, ihren Aufenthalt zu verlängern.

<sup>94</sup> Ein neuerer Artikel über Bosnierinnen und Bosnier in St. Louis, einem Hauptzielort der Weiterwanderung, titelt „Little Bosnia“ (Stein 2008).



Die einzige Möglichkeit, sofort einen sicheren Aufenthalt zu erhalten, war die Eheschließung mit deutschen Staatsangehörigen. Vor allem für jüngere ledige Flüchtlinge war das die bevorzugte Option. Unter meinen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern hat Frau Müller diesen Weg gewählt. Zuvor war sie jahrelang in psychotherapeutischer Behandlung, doch sie wollte, wie sie sagte, dem ewigen Streit mit der Ausländerbehörde ein Ende machen und hat geheiratet.

Mit der Erlangung eines Aufenthaltstitels konnten sich viele Flüchtlinge von den Zuständen in ihrer Heimat selbst überzeugen und ihre Angehörigen, Häuser und Wohnungen besuchen. Mit zunehmendem Abstand zum Krieg und den Aufenthaltsproblemen, der Möglichkeit, zu reisen sowie altersbedingt denken einige wieder über eine Rückkehr nach, diesmal freiwillig.

Viele sind nach Amerika gegangen von denen, mit denen ich zusammen war. Sie sind weitergewandert, aber nochmals: ich hatte immer den Wunsch nach Hause zurückzukehren, damit ich da lebe, wo ich geboren bin. Es scheint mir, dass ich mich am besten dort fühle, wo ich geboren wurde und deshalb. Ich weiß. Ich bin mir all dessen bewusst, ich denke an alles. Aber dieses ist nichts für uns Alten. Ist es nicht, ist es nicht. Es ist etwas anderes wenn du in deinen Garten gehst, wieder an die Orte als du klein warst und alles dir so bleibt.<sup>k</sup> (Herr Tomić)

Herr Tomić war der älteste meiner Gesprächspartnerinnen und -partner und bereits im Rentenalter. Damit konkurriert er in Bosnien nicht mehr mit anderen auf dem Arbeitsmarkt. Seine beiden Söhne leben mit ihren Familien in Bosnien. Zum Zeitpunkt des Interviews baute er während der Sommermonate sein zerstörtes Haus wieder auf und traf sich mit seinen alten Nachbarn. Seine Frau arbeitet noch, doch sobald sie in Rente geht und das Geld reicht, wollen sie wieder zurückgehen.

### **3.2.1.6 Grenzübertrittsbescheinigung – jederzeit, papir sa slikom, smrtovnica**

Im Jahr 1997 erhielten fast alle Flüchtlinge in Berlin sogenannte Grenzübertrittsbescheinigungen, womit die „Duldungen“ aufgehoben wurden und die Flüchtlinge ausreisen sollten bzw. auch abgeschoben werden konnten. Insgesamt gab es wenige Abschiebungen aus Berlin, doch die wenigen wurden öffentlichkeitswirksam inszeniert. So wurden Familien beim Vorsprechen auf der Ausländerbehörde verhaftet oder am frühen Morgen vor den Augen sämtlicher Wohnheimbewohner. Ziel eines Abschiebungsversuchs wurden auch Frau Marković und ihr Sohn – obwohl sie aus der Serbischen Teilrepublik stammen, Angehörige einer Minderheit sind und Frau Marković alleinerziehend war. Wäre das berücksichtigt worden, hätten sie zu den letzten Flüchtlingen gehören müssen, die aus Berlin zurückkehren.

Wir kamen geradeso raus. Aber andere haben sie wieder nachts abgeholt. Einige Lastwagen voll, nachts gegen zwei drei Uhr holen sie sie und führen sie ab. Was sie ihnen nicht alles angetan haben. Und dann als ich hierher kam, dann haben sie mich hier abgeholt, hier um halb fünf, mich und mein Kind. Morgens um halb fünf. Und das auf eine schreckliche Art. Als sie, ich hatte einen Schutz, das ist das Schlimmste, einen schriftlichen richterlichen Schutz und sie wussten das. Was das hieß, um halb fünf morgens, es ist dunkel. Siebenhundert Leute schlafen in diesem Gebäude. Und sie haben noch, als ich die Tür öffnete, stellte er einen Fuß zwischen die Tür und den Türrahmen. So als wäre ich irgendein Krimineller.<sup>l</sup> (Frau Marković)

Ähnlich wie sich Herr Džaferović durch die Gewalt und den Lärm im Wohnheim an seine Lagerhaft erinnert fühlte, erinnert der Abschiebeversuch Frau Markovićs an die Zeit, als Paramilitärs ihre

Stadt tyrannisierten. Sie wurde festgenommen, obwohl sie aufgrund eines aufenthaltsrechtlichen Verfahrens (der von ihr erwähnte Schutz) bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung nicht abgeschoben werden durfte. Da sie Lehrerin ist, vor dem Krieg in der Stadtverwaltung arbeitete und durch ihre Übersetzungshilfen für andere Flüchtlinge eine Autorität war, gehe ich davon aus, dass diese Abschiebeaktion nicht nur sie schockte, sondern auch den anderen Wohnheimbewohnerinnen und -bewohnern vor Augen führte, dass es in Berlin keinen Schutz gibt, nicht einmal mit Papieren, die einen Schutz garantieren sollten. Und das hieß, dass „Papiere“ in einem Land nichts bedeuteten, das die Bürokratie erfunden zu haben scheint. Ein Nebeneffekt dieser Einsicht war, dass sich viele Flüchtlinge ihrem Schicksal ergaben, denn das Vorgehen der Berliner Ausländerbehörde war einfach unberechenbar. Nicht alle, die eine Grenzübertrittsbescheinigung besaßen, wurden abgeschoben. Herr Kapić wunderte sich im Gespräch, warum er wieder eine Duldung erhielt, nachdem seine Grenzübertrittsbescheinigung ausgelaufen war. Er war alleinstehend, aus derselben Stadt wie Frau Marković und hätte deshalb eigentlich vor ihr zurückkehren müssen. Doch die Logik war undurchschaubar. Für viele Flüchtlinge waren deshalb die folgenden Jahre von Warten und einem Papierkrieg mit den Behörden gekennzeichnet.

Die Grenzübertrittsbescheinigung, kurz GÜB, galt zumeist einen Monat lang, denn der Ausländerin oder dem Ausländer soll „eine Frist zur freiwilligen Ausreise eingeräumt werden“ (Aufenthaltstitel.de 2005a), aber auch längere Fristen waren möglich.<sup>95</sup> Innerhalb des Gültigkeitsmonats kann sie oder er jedoch jederzeit ohne weitere Ankündigung abgeschoben werden. Das Wort „**jederzeit**“ ist in der Berliner GÜB fett gedruckt und so nutzten die Flüchtlinge dieses Wort, um den Zungenbrecher „Grenzübertrittsbescheinigung“ zu umgehen. „Ich habe jederzeit“ hieß es einfach.

Im sich in den Exiljahren entwickelnden Flüchtlingsjargon, in dem viele Begriffe aus den Verwaltungsakten und -papieren verfremdet eingegangen sind, wurde die GÜB neben „jederzeit“ auch zu „Papier mit Bild“ (papir sa slikom), weil ein Passbild der Inhaberin oder des Inhabers auf dem Blatt festgetackert wurde (Beispielabbildungen in Mihok 2001: 153 und Hohlfeld 2007: 103).<sup>96</sup> Vielleicht weil die Grenzübertrittsbescheinigung eine außerordentliche Bedeutung hatte, trug sie noch eine dritte Bezeichnung: smrtovnica (Totenschein). In dieser Bezeichnung schwingen zwei semantische Felder mit: Einerseits fühlten sich viele Bosnierinnen und Bosnier wirklich, als hätten sie ihr Todesurteil bekommen, wenn sie die Grenzübertrittsbescheinigung erhielten. Für einige war es eine ausweglose Situation und manchen schien wirklich der Tod die einzige Lösung zu sein. Der

<sup>95</sup> Hohlfeld führt aus, dass das Vorgehen anders konzipiert war. Eine Grenzübertrittsbescheinigung ist ein Verwaltungsformular, kein Aufenthaltsstatus. Es soll bei der Ausreise beim Bundesgrenzschutz abgegeben werden (daher die Bezeichnung Grenz-Übertritts-Bescheinigung) und von diesem an die zuständige Ausländerbehörde zurückgesandt, nachdem er vermerkt, wann und wo die Ausländerin oder der Ausländer das Staatsgebiet verlassen hat. Die Ausländerbehörde kann nach dem Eingang der Grenzübertrittsbescheinigung den Vorgang abschließen und archivieren. Deshalb hätten die Flüchtlinge die Grenzübertrittsbescheinigung eigentlich zusätzlich zur Duldung erhalten müssen, da sie bereits zur Ausreise verpflichtet waren. Anstelle der Duldung hätten die Flüchtlinge zuvor eine Befugnis erhalten können. Das wäre ein Aufenthaltsstatus, der sich mit der Aufenthaltszeit verfestigt hätte, was politisch nicht gewollt war. Deshalb haben sich die aufenthaltsrechtlichen Titel „nach unten“ verschoben, sodass am Ende das Verwaltungsformular GÜB zu einem Aufenthaltspapier wurde (Hohlfeld 2008: 538).

<sup>96</sup> Die Aufforderung, „drei Bilder pro Familienmitglied“ mitzubringen, belastete jeden Monat erneut mental und finanziell. Ich vermute, dass sich viele Bosnierinnen und Bosnier nie zuvor so oft haben fotografieren lassen wie in jenen Monaten in Berlin.

Freitod von Senad Bećirović im Jahr 1996 aus Angst vor einer Abschiebung schlug kurz hohe Wellen in der Öffentlichkeit, da sein Tod durch die Flüchtlingslobby genutzt wurde, um in den Medien auf die Situation der Flüchtlinge aufmerksam zu machen (Hohlfeld 2008: 196).<sup>97</sup> Ein Psychiater sowie eine Psychiaterin berichteten auch mir im Gespräch von gestiegenen Suizidzahlen mit dem zunehmenden Ausreisedruck.

Andererseits ist „smrtovnica“ auch das Wort für „Sterbeannonce“ und erklärt sich aus dem bosnischen Alltag. Es ist in Bosnien üblich, Begräbnisse in der Nachbarschaft anzukündigen. In den Städten werden in Hausaufgängen und im ländlichen Raum an Bäumen, Telefonmasten oder Aushangtafeln, die zentral stehen, Zettel aufgehängt. Auf diesen Aushängen ist der Name der Verstorbenen zu lesen, ihr Bild zu sehen und der Zeitpunkt und Ort der Beerdigung angegeben, sodass alle kommen können, die sie kannten. Die GÜB ähnelte somit auf makabere Weise den bosnischen Todesanzeigen (Name, Bild, Datum) sehr und wurde von vielen eben auch so genannt: „smrtovnica“ (Totenschein oder Todesanzeige).

Die Grenzübertrittsbescheinigung markierte auch für die Flüchtlinge eine Grenze: Sie beendete die erste Duldungsphase und wirkte sich auf den Leistungsbezug aus. Es begann die Zeit der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte sowie der Atteste.

### **3.2.1.7 Rechtsanwalt – advokat**

Gegen eine drohende Abschiebung konnten Flüchtlinge mit der Hilfe von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten vorgehen. In den Beratungsstellen des Roten Kreuzes und der Heilig Kreuz Kirche in Berlin-Kreuzberg berieten Anwältinnen und Anwälte Flüchtlinge in aufenthaltsrechtlichen Fragen und legten Einsprüche bei der Ausländerbehörde oder dem Sozialamt ein. Wenn es aber zu einer Klage kommen sollte oder musste, mussten die Flüchtlinge sich an niedergelassene Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte wenden. Die Rechtsberatungen in den Institutionen waren kostenlos, die niedergelassenen hingegen kosteten – meistens nicht wenig. Einen Anspruch auf Prozesskostenhilfe hatten viele Flüchtlinge nicht, weil sie ihn mit der Reduzierung der Leistungen nach dem neuen Asylbewerberleistungsgesetz verloren (vgl. S. 60), andere wussten nichts davon.

Ich habe den Rechtsanwalt selbst bezahlt. Denn ich hatte diese Duldung immer für ein Jahr, weil ich zum Arzt gegangen bin, hatte ich sie immer. Auf einmal haben sie es unterbrochen. Sieben Tage [Zeit zur Ausreise, A. W.]. Sieben Tage, ein Glück, dass ich gleich einen Rechtsanwalt nahm. Ich habe ihn bezahlt. Ich habe ihn zweimal monatlich bezahlt, je fünfzig Mark, hundert, wie es so ging. Er sagte: „solange du zahlst, garantiere ich dir, werde ich dich halten.“ „So wie du mich hältst, so viel werde ich auch geben. Ich kann dir nichts geben, wenn ich nichts habe.“ Und so jeweils fünfzig hat er bekommen.<sup>m</sup> (Herr Tomić)

Im Gegensatz zu Herrn Tomić, der innerhalb einer Woche ausreisen sollte, erhielt Herr Kapić eine sechs Monate gültige Grenzübertrittsbescheinigung, die nach ihrem Ablauf einfach wieder in eine Duldung umgetauscht wurde. Die Logik hinter diesen Entscheidungen blieb den Flüchtlingen unverständlich. Doch Herr Tomić wusste, was in einer derartigen Situation zu tun war;

<sup>97</sup> Herr Bećirović kam aus der serbischen Provinz Sandžak, nicht aus Bosnien und Herzegowina, weshalb er 1996, als die Bundesrepublik Jugoslawien sich weigerte, Minderheiten „zurückzunehmen“ (ein Verwaltungswort, dass leicht vergessen lässt, dass es um Menschen geht), zu der auch Herr Bećirović zählte, gar nicht hätte abgeschoben werden können.

wahrscheinlich hatte er es schon von anderen Flüchtlingen gehört. Rechtsanwalt und Klient gingen ein Abhängigkeitsverhältnis ein, denn ohne Aufenthaltsverlängerung für Herrn Tomić gäbe es auch kein Geld für den Rechtsanwalt. Circa 5.000 DM musste für einen Prozessfall vom „Taschengeld“ zusammengespart oder illegalisiert verdient werden. Eine Gesprächspartnerin sagte, dass sie noch immer, das heißt vier Jahre nachdem sie einen Aufenthaltstitel erhalten hatte, monatlich Raten an ihre Rechtsanwältin zahlt.

Die Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte wurden zum Strohalm, an den sich die Flüchtlinge klammerten, um in Deutschland bleiben zu können oder die Ausreise noch etwas hinauszuzögern. Das erste, wonach die Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte fragten, wenn sie sich im Aufenthaltsrecht für Flüchtlinge und den Berliner Weisungen auskannten, war eine ärztliche Behandlung und ein Attest, denn damit konnten sie argumentieren und eine Abschiebung hinausschieben oder sogar verhindern:

Und dann irgendwann nach einem Jahr, ich war schon bei Doktor B., sind wir einmal zur Visumsverlängerung gegangen und bekamen diese Grenzübertrittsbescheinigung, dass wir über die Grenze gehen innerhalb von zwei Monaten, dass wir Deutschland verlassen. Das war ein großer Stress. Wohin? Der Krieg war gerade vorbei in Bosnien, gerade wurde dieser Waffenstillstand unterschrieben. Und was machen wir? Da hörten wir, dass man zu Rechtsanwälten geht. Und meine Kinder gehen zu einem Rechtsanwalt mit irgendeinem Freund dahin, zur Beratung. Und er sagte, ein sozialer<sup>98</sup> Rechtsanwalt, gehen Mama oder Papa zum Arzt, lassen sie sich behandeln? Haben sie solche Atteste? Erst dann haben wir das erste Mal davon gehört. Dann hat ein Sohn gesagt, Mama geht zu Doktor B., schon lange. Dann sagte er, wieso hat sie denn kein Attest von ihm mitgenommen und eingereicht? Dann sagten sie, das wussten wir nicht. Denn bis jetzt haben wir immer die Duldung bekommen und waren zufrieden. Drei Monate, sechs Monate, so ging es. Und dann hat er gesagt, dass ich zu Doktor B. gehen soll, um ein Attest zu holen und dass ich es ihm bringen soll, dass er es uns auf die Polizei schicken wird. Und so war es auch.“ (Frau Nuhanović)

Dieses Zitat verdeutlicht einerseits, dass die bosnischen Flüchtlinge nicht durch die Ausländerbehörde über die Möglichkeit der Duldungsverlängerung durch die Vorlage eines Attests informiert wurden, sondern von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten in Beratungsorganisationen. Andererseits wird klar, wieso die Zahl der Flüchtlinge, die Atteste bei der Ausländerbehörde einreichten, mit der Erteilung der Grenzübertrittsbescheinigung plötzlich stieg. Sobald die Möglichkeit bestand, wegen einer Traumatisierung den Aufenthalt zu verlängern, wurde sie auch genutzt, vor allem wenn die Abschiebung drohte. Für die Ausländerbehörde war dies Anlass für Mutmaßungen über Gefälligkeitsatteste. Im Zitat wird neben der unklaren Informationslage illustriert, dass sich die Flüchtlinge auf Hörensagen verließen, um Entscheidungen zu treffen. Frau Nuhanović hörte von anderen, dass sie zu einer Rechtsanwältin oder einem Rechtsanwalt gehen müsse, um einen Aufschub zu erhalten.

Auffallend finde ich die Art und Weise der Beschreibung, die mich an biblische Heilsgeschichten erinnert. „Und dann hat er gesagt, dass ich zu Doktor B. gehen soll, um ein Attest zu holen und dass ich es ihm bringen soll, dass er es uns auf die Polizei schicken wird. Und so war es auch.“ Die Flüchtlinge müssen glauben und vertrauen – den Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen; dann wird sich deren Prophezeiung erfüllen. Dabei finden diese Vorhersagen in einem Umfeld statt, das für die Flüchtlinge neu ist, unberechenbar zu

<sup>98</sup> Im Sinne von „kostenloser Rechtsberatung für Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger“.

sein scheint und ihnen keine Planungen ermöglicht. Meine Gesprächspartnerinnen und -partner waren überrascht, dass wirklich die Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte sowie Therapeutinnen und Therapeuten Recht behielten, zumindest in ihren Fällen, denn sie haben auch Freunde und Verwandte, wo keiner helfen konnte.

### **3.2.1.8 Attest – atest**

Die Vorlage eines Attestes, in dem eine lebensnotwendige medizinische Versorgung bestätigt wurde, konnte zur Verlängerung der Duldung aufgrund eines vorliegenden Abschiebungshindernisses führen. Die Entscheidung darüber oblag den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Ausländerbehörde, weshalb es ihre Aufgabe war, die lateinischen Krankheitsbezeichnungen zu dechiffrieren und zu entscheiden, wie bedrohlich die attestierte Krankheit war.<sup>99</sup>

Insbesondere Atteste mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10, F43.1, führten in der Regel zur Verlängerung der Duldung um zwölf Monate. Dass man mit einem solchen Attest eine längere Duldung bekam, sprach sich auch in den Wohnheimen herum. „Sodass wir es alle einer der anderen weiter empfahlen. [...] Man sagte, es wird auch leichter für den Aufenthalt und man wird einen Aufenthalt auf dieser Grundlage, wegen der Atteste bekommen. Und so war es auch wirklich. Obwohl am Anfang hat kaum jemand daran geglaubt.“<sup>100</sup> Wie viele meiner Interviewpartnerinnen und -partner erfuhr auch Frau Bašić durch Hörensagen von den Therapien und dass die Atteste, die aus diesen Therapien heraus verfasst wurden, etwas für den Aufenthalt bringen sollten. Dass Therapien notwendig waren, um einen Aufenthaltstitel zu erhalten, war auch für sie zunächst unverständlich. Wie gesagt: Informationen wurden nie offiziell umfassend verbreitet, um die Flüchtlinge systematisch zu informieren. Lediglich Radio Multikulti<sup>100</sup> sendete ab September 1994 Informationen auf Bosnisch, jedoch nur drei Tage die Woche jeweils eine halbe Stunde lang. Aber ohne offizielle Presseerklärungen, die die Informationen enthielten, konnte auch nichts darüber gesendet werden. So konnten sich Flüchtlinge bereits in einer Behandlung befinden, ohne die Ausländerbehörde oder das Sozialamt davon in Kenntnis gesetzt zu haben wie Frau Nuhanović.

Auch Herr Šeferović war überrascht, als er hörte, dass es die Behörde interessierte, dass er in einem Lager gewesen war und sich bereits seit Jahren in psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung im Behandlungszentrum für Folteropfer befand. Auch ihm teilte ein Rechtsanwalt mit, der ihm von Bekannten empfohlen worden war, dass er ein Attest einreichen müsse. Im Behandlungszentrum wurde daraufhin eine Stellungnahme geschrieben und es wurde ihm weitere Unterstützung zugesagt. Nachdem er das Attest einreichte, hatte er keine Probleme mehr mit seinem Aufenthalt.

Herr Šeferović war einer der Wenigen, die sich gleich nach ihrer Ankunft in psychiatrische

---

<sup>99</sup> Nach einer Vorstellung meiner Arbeit berichtete Tobias Schwarz, der vor einigen Jahren in der Berliner Ausländerbehörde forschte (Schwarz 2003), davon, dass auf dem Schreibtisch einer Sachbearbeiterin der „Große Pschyrembel“ stand, den sie in medizinischen Fragen konsultierte.

<sup>100</sup> Radio Multikulti war ein Radiosender des SFB (Sender Freies Berlin), der 2003 mit dem ORB (Ostdeutscher Rundfunk Brandenburg) zum RBB (Radio Berlin-Brandenburg) fusionierte. Zum 1. Januar 2009 wurde Radio Multikulti eingestellt.

Behandlung begeben hatten. Seine psychischen Beschwerden nach der Lagerhaft waren so stark, dass ihn Verwandte, die schon ein Jahr früher nach Berlin kamen und sich deshalb besser auskannten bzw. wussten, wo sie fragen konnten, direkt zum Psychiater und dann zum Behandlungszentrum für Folteropfer brachten. Er ist ein „schwerer Fall“, wie er von sich sagt. Doch nur durch ein halbwegs funktionierendes soziales Umfeld erhielt er die notwendige Unterstützung, also die Informationen über einen Rechtsanwalt und von diesem wiederum die Information, dass er ein Attest vom Behandlungszentrum für Folteropfer bei der Ausländerbehörde einreichen müsse. Vom Behandlungszentrum wurde ihm nach seiner Anfrage ebenfalls Unterstützung zugesagt, doch dazu musste er wissen, dass er eine Attestierung benötigte. Frau Lisac hat nach einigen Monaten Therapie von ihrer Therapeutin ein Attest ausgehändigt bekommen mit dem Hinweis, dass sie es bei der Ausländerbehörde einreichen solle. Auch sie wusste nicht, dass mit Attesten die Duldung verlängert werden konnte. Sie wurde von ihrer Therapeutin darauf hingewiesen. Meine übrigen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner haben von anderen Flüchtlingen gehört, dass Atteste für den Aufenthalt wichtig sind und haben ihre Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen um diese gebeten. Letzteres war eher die Norm, denn die Schreiarbeit bedeutete zusätzlichen Aufwand für die behandelnden Spezialistinnen und Spezialisten, weshalb sie oftmals warteten, bis die Atteste benötigt wurden.

Die meisten Atteste wurden im Rahmen von Therapien geschrieben und sind somit ärztliche oder therapeutische Stellungnahmen, die für die Patientinnen und Patienten verfasst werden und diese bei ihren Anliegen auf Ämtern und in Verwaltungen unterstützen sollten.<sup>101</sup> Mit der wachsenden Nachfrage nach Attesten und Stellungnahmen wurden im Behandlungszentrum für Folteropfer und beim Xenion e. V. Psychologinnen- und Psychologenstellen geschaffen, die sich ausschließlich mit der Begutachtung von Traumafolgeschäden beschäftigten und keine Therapie anboten. So hat Herr Džaferović zwar einige Atteste des Behandlungszentrums für Folteropfer, war aber selbst nie in einer Psychotherapie.

Nein, nein, ich habe mich nie behandeln lassen. Behandeln so, dass ich monatlich einen Termin hatte. Eigentlich konnte ich ihn nicht bekommen, an der Klinik<sup>102</sup> bekommt man schwer einen Termin, weißt du. Aber ich habe einfach Termine für die Atteste gemacht. So trafen wir uns eine Stunde, wir erzählen, was wir fühlen, ob wir schwitzen und so weiter, weißt du und so erzählst du und bekommst ein Attest und so. Du bekommst es wirklich gleich am nächsten Tag.<sup>p</sup> (Herr Džaferović)

Herr Džaferović ist von der Geschwindigkeit des Verfassens langer Atteste (die des Behandlungszentrums für Folteropfer umfassten frühzeitig mindestens drei Seiten) selbst beeindruckt. Natürlich war das nur mit Textbausteinen möglich, die wiederum das Fehlerrisiko vergrößerten (Hohlfeld 2008: 489 ff.). So häuften sich die Traumaatteste und das Misstrauen der

---

<sup>101</sup> Daneben existieren gutachterliche Stellungnahmen oder Gutachten, die in der Regel von einem Gericht angefordert und nur auf der Basis von Begutachtungsgesprächen geschrieben werden. Die Kosten sind von der Auftraggeberin oder dem Auftraggeber zu tragen, war es das Gericht, zahlte dieses bzw. die im Prozess unterliegende Partei. Wurde ein solches Gutachten von den Flüchtlingen selbst angefragt, mussten sie die ca. 500 DM (oder 250 Euro) bezahlen.

<sup>102</sup> Mit Klinik ist das Behandlungszentrum für Folteropfer (BZFO) gemeint, das in den Westendkliniken seine Räumlichkeiten hatte und selbst auch als Poliklinik aufgebaut ist.

Berliner Ausländerbehörde wuchs, denn es konnten schließlich nicht alle bosnischen Flüchtlinge traumatisiert sein. Die Traumatisierung sollte ein Kriterium sein, um differenzieren zu können, wer länger bleiben darf, doch das konnte die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung, wie sie in Berlin angewandt wurde, zunehmend nicht mehr leisten.

Circa 500 Traumatisierte wurden im Jahr 1998 von der Berliner Ausländerbehörde gezählt (Abgeordnetenhaus Berlin 17.08.1998). Zwei Jahre später stieg die Zahl auf 800 und der damalige Innensenator Herr Dr. Werthebach machte darauf aufmerksam, „dass kein anderes Land auch nur annäherungsweise so viele Traumatisierte aufgenommen hat, wie das Land Berlin“ (Abgeordnetenhaus Berlin 23.03.2000: 300).<sup>103</sup> Dabei gab es keinen speziellen bundesweiten Zuordnungsschlüssel, der dem Land Berlin vor allem traumatisierte Flüchtlinge zugewiesen hätte. Ihre Zahl stieg, weil die Möglichkeit, mit Attesten die Duldung zu verlängern, bekannter wurde, Therapieplätze geschaffen und immer mehr Atteste geschrieben wurden. Die Traumatisierten wurden zum Zeitpunkt des Zitats vom Bundesland Berlin nicht aufgenommen, sondern geduldet, weil sie nicht abgeschoben werden sollten. Die bosnischen Flüchtlinge wurden zu Traumatisierten, weil sie die erzeugte Unsicherheit belastete, und die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung und ihrer Behandlung half, den Aufenthalt zu verlängern, in ein besseres Wohnheim zu ziehen und eine Arbeitserlaubnis zu erlangen, am Ende erhielten sie sogar einen Aufenthaltstitel, der ihren Aufenthalt in der Bundesrepublik erlaubte. 1.547 Personen waren es am Ende, die nach der „Traumatisiertenregelung“ mit ihren Familienangehörigen eine Aufenthaltsbefugnis aufgrund von Traumatisierung beantragt hatten (Abgeordnetenhaus Berlin 06.08.2001).

### **3.2.1.9 Traumabefugnis – boravak**

Die sowohl von den Flüchtlingen als auch von den behandelnden Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzten, der Ausländerbehörde und dem Verwaltungsgericht lang ersehnte Lösung wurde mit der bundesweiten Befugnisregelung für traumatisierte bosnische Kriegsflüchtlinge möglich.<sup>104</sup> Die im November 2000 beschlossene sogenannte Traumatisiertenregelung legte fest, dass bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen nach § 32 Ausländergesetz eine Aufenthaltsbefugnis erteilt werden soll, wenn

- sie vor dem 15. Dezember 1995 als Bürgerkriegsflüchtlinge in das Bundesgebiet eingereist sind,
- sie sich wegen durch Bürgerkriegserlebnisse hervorgerufene schwere Traumatisierung bereits mindestens seit dem 01.01.2000 auf der Grundlage eines längerfristig angelegten Therapieplanes in fachärztlicher oder psycho-therapeutischer Behandlung befinden,
- sie bislang schon aufgrund landesrechtlicher Regelungen oder Einzelfallentscheidungen wegen

---

<sup>103</sup> Interessant finde ich die aktive Formulierung Werthebachs, dass „Berlin Traumatisierte aufgenommen“ hätte. Das suggeriert, dass es eine aktive Entscheidung Berlins war, insbesondere Traumatisierte aufzunehmen. Die zähen Verhandlungen mit den Unterstützerinnen und Unterstützern der Flüchtlinge und die Unterstellungen, mit denen den Flüchtlingen begegnet wurde, lassen die Aussage etwas übertrieben erscheinen.

<sup>104</sup> Zwar hatte die Innenministerkonferenz schon ein Jahr zuvor eine Altfallregelung für langjährig geduldete Personen beschlossen, von der aber bosnische Flüchtlinge explizit ausgenommen wurden. Hinzu kam eine Bleiberechtsregelung für finanziell unabhängige und integrierte geduldete Ausländerinnen und Ausländer. Von dieser wiederum konnten kaum Flüchtlinge in Berlin profitieren, weil sie durch die Verweigerung einer Arbeitserlaubnis nur selten finanziell unabhängig waren.

geltend gemachter Traumatisierung zumindest geduldet werden (IMK 2000).

Nachdem im weiteren Wortlaut festgelegt wird, dass die Aufenthaltsbefugnis nach zwei Jahren gegen die sonst gültigen Regelungen verlängert werden kann und minderjährige Kinder und Ehepartner ebenfalls in den Genuss einer Aufenthaltsbefugnis kommen, werden im Absatz d) Personen, die einen Weiterwanderungsantrag gestellt haben, von der Regelung explizit ausgeschlossen (IMK 2000). Frau Rajlić erhielt deshalb trotz Traumatisierung und psychotherapeutischer Behandlung keine Aufenthaltsbefugnis im Rahmen dieser Regelung. Sie hatte ein Weiterwanderungsverfahren betrieben und war dann nicht ausgereist. Auch Frau Müller wurde ausgeschlossen, denn sie gehörte zum Personenkreis der Rück-Rückkehrerinnen und Rück-Rückkehrer<sup>105</sup> und konnte trotz Psychotherapie keine Aufenthaltsbefugnis erhalten.

Dem Beschluss war ein fraktionsübergreifender Antrag im Bundestag vorangegangen, den 231 Abgeordnete unterschrieben hatten und sich damit für ein Bleiberecht für Traumatisierte einsetzten, darunter Volker Rühe, Klaus Kinkel und Otto Graf Lambsdorff (Landtag Schleswig-Holstein 12.05.2000: 194 und Bundestag 30.06.2000). Dieser Antrag im Bundestag sicherte die Annahme der Traumatisiertenregelung, die schon zuvor Thema auf allen Innenministerkonferenzen seit Kriegsende war, auf denen sich die Innenminister und -senatoren der Länder jedoch nicht einigen konnten. Die Mehrzahl meiner Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner profitierte von dieser Regelung, wenn auch mit zweijähriger Verspätung, weil sich die Umsetzung der Regelung in Berlin verzögerte. Bei einigen gab es Probleme wegen der festgelegten Stichtage. So hatten zwei meiner Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, Frau Avdagić und Herr Galić, zum Gesprächszeitpunkt noch keinen sicheren Aufenthalt, und die beiden Frauen, die durch Nebenbestimmungen ausgeschlossen wurden, haben ihn aufgrund anderer Regelungen erhalten. Frau Rajlić erhielt eine „Schnupperbefugnis“, mit der in Ausnahmefällen geprüft wurde, ob die betreffende Person für ihren Lebensunterhalt sorgen kann; Frau Müller erhielt eine Aufenthaltserlaubnis, weil sie mit einem deutschen Staatsangehörigen verheiratet war.

Doch mit dem Aufenthaltsstatus lösten sich nicht alle Probleme meiner Gesprächspartnerinnen und -partner. Als sie Duldungen mit aufgestempeltem Arbeits- und Ausbudsungsverbot besaßen, gab es für Männer viele Möglichkeiten, als Billiglohnkraft auf einer Baustelle zu arbeiten. Doch als sie endlich die Aufenthaltsbefugnis erhielten und arbeiten durften und sollten, gab es keine Großbaustellen mehr in Berlin, die Baubranche steckte in der Krise. Das bedeutete auch schlechte Aussichten, eine Arbeit zu finden, wobei gleichzeitig der Druck durch die Arbeitsämter seit der Zusammenlegung von Sozial- und Arbeitslosenhilfe zum Arbeitslosengeld II deutlich zunahm.<sup>106</sup>

<sup>105</sup> Flüchtlinge, die nach Bosnien zurückkehrten, dann aber wieder nach Deutschland einreisten, weil sie keine Existenzgrundlage und Wohnraum fanden, verloren ihren Status als Bürgerkriegsflüchtlinge und hießen im Verwaltungsjargon „Rück-Rückkehrer“.

<sup>106</sup> Für die Frauen stellte sich die Beschäftigungssituation etwas einfacher dar als für die Männer, die gewohnt waren, das Haupteinkommen der Familien zu verdienen. Auf der einen Seite gab es vor allem für Frauen aus ländlichen Regionen durchaus den Beruf „Hausfrau“. Wobei dieser eher „Bäuerin“ meint, denn sie versorgten die private Landwirtschaft. Auf der anderen Seite ist auch eine Vielzahl von Reinigungsfirmen in Berlin etabliert, in denen vor allem Frauen eine Anstellung fanden. Neben der „weiblichen Prädestinierung“ sind vor allem die gezahlten Hungerlöhne dafür verantwortlich, dass fast nur Frauen putzen. Kein Mann könnte mit dem realen Stundenlohn seine Familie ernähren, denn die Fahrzeiten zwischen den Reinigungsobjekten, die bis zu einem Drittel der Arbeitszeit ausmachten, wurden nicht vergütet. So waren und sind vor allem die Männer von Arbeitslosigkeit betroffen.



A. W.: War das eine Enttäuschung?

Herr Kapić: Na vielleicht ein hartes Wort Enttäuschung. Aber wir können sagen Überraschung, sagen wir mal. Unsere Leute können sich beschweren und sagen wir hatten eine Duldung, jetzt habe ich dieses aber jetzt muss ich mich mit den Job-Center bekriegen, jetzt muss ich mich mit diesen und jenen bekriegen. Wieder stehst du auf Kriegsfuß mit einigen, aber auf einem anderen Niveau. So ist das. [...] Und das so, dass einige hingen, um wieder Atteste zu erhalten, dass sie nicht arbeiten können.<sup>9</sup>

Herr Kapić beschrieb es als eine Überraschung und lehnte meine Formulierung der Enttäuschung ab, weil sie ihm zu hart schien. Der Aufenthalt wurde bosnischen Flüchtlingen, wenn ihre Traumatisierung als nachgewiesen galt, nach ungefähr zehn Jahren gewährt, doch damit lösten sich nicht alle Probleme, wie sie gehofft hatten. Die Aufenthaltsproblematik und die damit verbundenen Reglementierungen der Wohnsitznahme, der Arbeitserlaubnis und der Rückkehr ins Ungewisse beschäftigten die Flüchtlinge dermaßen intensiv und existenziell, dass sie sich keine anderen Probleme mehr vorstellen konnten oder wollten, und sie waren überrascht, als sich nicht alle Probleme mit dem Erhalt eines Aufenthaltsstatus lösten. Gleichzeitig zeigt das Zitat, dass die Bewältigungsstrategie für den Druck seitens des Arbeitsamtes die gleiche war wie für das Visum: Krankheit attestieren lassen. Auch beim Arbeitsamt handelt es sich um eine Behörde und den Umgang mit Behörden mussten die Flüchtlinge jahrelang erlernen – ärztliche oder psychologische Atteste erwiesen sich als besonders hilfreich.

### **3.2.1.10 Danke Dojtšland, aber ...**

Trotz der Schwierigkeiten, die die bosnischen Flüchtlinge in Berlin und anderen deutschen Bundesländern hatten, waren sie dennoch für die Aufnahme dankbar, auch wenn sie die Logik, die hinter den politischen Entscheidungen stand, nicht verstanden. Genau dieses Unverständnis durchzog die Schilderungen meiner Gesprächspartnerinnen und -partner. Alle Flüchtlinge sollten zurück, doch psychisch Kranke bekamen einen Aufenthaltstitel – wieso gerade sie und nicht die qualifizierten, jungen, motivierten, integrierten Flüchtlinge?

Daneben empfanden viele meiner Gesprächspartnerinnen und -partner die Aufnahme in Berlin als unfreundlich, vor allem in den Nachkriegsjahren ab 1996, als ihnen häufig vorgeworfen wurde, die Berliner Gastfreundschaft auszunutzen.<sup>107</sup> Als Gast nicht willkommen zu sein, ist eine Erfahrung, die Bosnierinnen und Bosnier in Deutschland das erste Mal machten, sie wurden zwar geduldet, jedoch nicht aufgenommen.

Denn ich weiß, dass es auch Deutschland nicht leicht hat und sie haben ihre eigenen sozialen Probleme, die sie nicht lösen können, die schwer zu lösen sind. Und ganz normal, dass wir eine

<sup>107</sup> Dies ist vor dem Hintergrund der „bosnischen Gastgeberkultur“ zu sehen. Sie ist Teil des „family welfare projects“, in dem Familien über Gastfreundlichkeit langjährige, teilweise generationenübergreifende Beziehungen zueinander pflegen und so über ein großes Netz von persönlichen Verbindungen für den Bedarfsfall verfügen (Bringa 1995 zitiert in Eastmond 2006: 146). Deshalb freuen sich Bosnierinnen und Bosnier über Gäste (oder geben dies sehr „professionell“ vor). Besuch wird nicht abgewiesen. Auf dem Land ist diese Gastgeberkultur noch stärker ausgeprägt als in den Städten, wo es schon mal ein Stöhnen gibt, wenn die langweilige Nachbarin wieder vor der Tür steht. Dennoch wird ihr die Tür aufgemacht und sie wird zum Kaffeetrinken gebeten. Auch während der Kriegsjahre gab es diese Solidarität. Es gibt immer ein Bett, das dem Gast hergerichtet wird, auch wenn der Hausherr dafür auf dem Boden schläft. Das gehört sich so und ist diesem eine Ehre. Mit dem Beherbergen und Verköstigen von Gästen gewinnt man an Ansehen in der Gemeinschaft.

Belastung waren, eine materielle Belastung. Das ist wahr. Aber wenn mich schon jemand in seinem Haus aufnimmt, dann soll er mich auch als Menschen respektieren.' (Frau Marković)

Frau Marković zeigt Verständnis für die Art der Aufnahme in einem der reichsten Länder der Welt, sie empfindet sich selbst als Belastung und hat damit das Argument der Politik internalisiert. Dennoch fordert sie Respekt im Umgang miteinander und lehnt die Reduzierung von Menschen auf einen Kostenfaktor ab. Und so betitelte eine Berliner Psychiaterin ihren Redebeitrag über ihre Arbeit mit traumatisierten bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen, den sie auf dem Kongress „Armut und Gesundheit“ im Dezember 2000 hielt, mit „Danke Deutschland, aber ...“ – einem Satz, den sie in den letzten zweieinhalb Jahren, die sie als niedergelassene Psychiaterin arbeitete, mehr als hundert Mal von ihren Patientinnen und Patienten gehört hatte (Reichelt 2000). Es ist eine Dankbarkeit mit einem großen ABER. Bei der Betrachtung der Entmachtung, Regulierung und Marginalisierung bosnischer Kriegsflüchtlinge ist dieses „Aber“ gut zu verstehen. Der einzige Weg, sich diesen Regulierungen zumindest teilweise zu entziehen, waren die Attestierung einer Posttraumatischen Belastungsstörung und ihre Behandlung. Gleichzeitig waren die Lebensbedingungen der Flüchtlinge eng mit den Symptomen der Diagnose und der Notwendigkeit einer Attestierung verbunden. Denn zum einen sind, wie ich bereits erwähnte, die wichtigsten Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung wie Schlaflosigkeit und Nervosität, aber auch weitere Symptome wie Gereiztheit, Abgestumpftheit und Alpträume, in Anbetracht des Flüchtlingsalltags nicht von den zusätzlichen Belastungen des Flüchtlingsdaseins zu unterscheiden. Zum anderen konnten mit Attestierungen Erleichterungen im Alltag erwirkt werden, sodass immer Bedenken bestanden, dass die Privilegien, die den Kranken eingeräumt wurden, auch von Gesunden ausgenutzt würden. Das Wissen um diese Zwänge und Möglichkeiten ist die Voraussetzung, um die Erfahrungen der Flüchtlinge mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen zu verstehen, um die es mir auf den folgenden Seiten geht.

### **3.3 Erfahrungen mit psychologischer und psychiatrischer Behandlung**

*Die Geschichte von der Bosnierin hatte ich schon in Berlin gehört. Sie war mit der ganzen Familie auf der Flucht, mit dem Mann, den Kindern, den Schwiegereltern. Dann kam das Gerücht auf, die Flüchtlinge würden nach Bosnien zurückgeschickt. In ihrer Angst bat die Frau ihre Ärztin um eine fingierte Einweisung in die Psychiatrie. Der zweiwöchige Klinikaufenthalt war für die Frau eine Erfahrung der Freiheit, so stark und betäubend, dass sie beschloss, nicht zurückzukehren. Sie verschwand, änderte ihre Identität, wer weiß, was mit ihr geschah, ihre Angehörigen sahen sie nie wieder.*

*Ich habe Dutzende solcher Geschichten gehört. Der Krieg war für viele ein Verlust, aber auch ein guter Grund, das alte Leben abzuschütteln und ein neues anzufangen. Der Krieg hat wirklich das Leben der Menschen verändert. Selbst Irrenhaus, Gefängnis und Gerichtssaal wurden zu normalen Varianten (Ugrešić 2005: 15).*

Dubravka Ugrešić beschreibt meiner Meinung nach hier die Veränderung der Normalität sowie den Zusammenhang von Ausreisedruck, Psychiatrie und Identität treffend und prägnant. Die Taktik

(Certeau 1988) der literarischen Figur bei Ugrešić, dem bevorstehenden „Zurückschicken“ nach Bosnien zu begegnen, bestand darin, sich in die Psychiatrie einweisen zu lassen, die Identität zu wechseln und zu verschwinden. Auch wenn dies im übertragenen Sinn auf manche Bosnierinnen und Bosnier zutreffen mag – ihre frühere Identität verschwand in der Rolle der Traumatisierten – so schaffte der Verlust des alten Lebens auch Raum für Neues. Ich widme mich auf den folgenden Seiten den Beschreibungen der Bosnierinnen und Bosnier von Psychotherapie und psychiatrischer Behandlung. Insbesondere stehen dabei die Verschiebungen und Neuerungen im Selbstverständnis und ihre Sicht auf die Welt im Mittelpunkt.

Eingangs untersuche ich die Einstellungen meiner Gesprächspartnerinnen und -partner zu Psychiatrie und Psychologie, dann zeichne ich ihre Wege in die und ihre Erwartungen an die psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung nach. Im Anschluss daran beschreibe ich die von ihnen gemachten Therapieerfahrungen, in denen ihnen aktiv Technologien des Selbst (Foucault 1984: 35 f.) vermittelt wurden. Doch es wäre falsch, anzunehmen, dass die Regulationstechniken in den Technologien des Selbst von den Subjekten einfach reproduziert würden. Nur zum Teil finden die machtvollen Normierungen ihren Niederschlag in den Selbsttechnologien, denn gleichzeitig entziehen sich Menschen der Herrschaft und auch die Technologien des Selbst werden taktisch (im Sinne von Certeau) unterlaufen, entfremdet und so verändert. Diesen Neuinterpretationen und Verschiebungen wende ich mich im letzten Abschnitt dieses Kapitels zu.

### 3.3.1 Vorerfahrungen

Es klang bereits in der Beschreibung der Berliner Exilerfahrungen an, dass es eine große Differenz zwischen den Werten der Flüchtlinge und den Realitäten in Berlin gab. So war auch der Besuch bei Psychiaterinnen, Psychiatern, Psychologinnen und Psychologen nicht selbstverständlich. Bis auf eine Ausnahme<sup>108</sup> hatten meine Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner vor dem Krieg und ihrer Ankunft in Berlin keinen Kontakt mit psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Für zwei Personen, die sich etwas Konkretes unter Psychotherapie vorstellen konnten, waren diese Vorstellungen medial vermittelt. Zum einen erzählte Frau Halkić von amerikanischen Serien, in denen sie Gruppentherapien bzw. Selbsthilfegruppen gesehen hatte (wahrscheinlich Treffen der Anonymen Alkoholiker<sup>109</sup>). Das hätte ihr Hoffnung gegeben, denn die Serien gingen immer gut aus, also müsste auch ihr die Gruppe, die sie besuchte, helfen. Zum anderen bezieht sich Herr Kapić auf Bücher, in denen er über Psychoanalyse gelesen hatte. Deshalb war er anfänglich von den therapeutischen Gesprächen, die er erlebte, enttäuscht, denn er dachte, es würde alles viel „tiefer“ gehen. Frau Marković wiederum sagte, dass sie selbst vom Fach sei und bezieht sich damit auf Psychologie als Unterrichtsfach in ihrem Lehramtsstudium. Eine konkrete Vorstellung von einer Psychotherapie hatte sie dennoch nicht, wie alle meiner Gesprächspartnerinnen und

---

<sup>108</sup> Frau Lisac war nach der Geburt ihrer Tochter kurzzeitig in psychiatrischer Behandlung.

<sup>109</sup> Auch eine Psychologin erwähnte die Anonymen Alkoholiker im Zusammenhang mit Gruppentherapien (Gespräch mit Frau E.). Mit dieser Gruppe wurden Konzepte für Selbsthilfegruppen entwickelt, die auch in Berliner Therapiegruppen in ihren Grundprinzipien – Austausch und gemeinsame Bewältigung von Problemen – angewendet wurden.

Gesprächspartner. Sie bezeichnete im Gespräch Psychologinnen und Psychologen als Menschenkennerinnen und -kenner sowie verständnisvolle Gesprächspartnerinnen und -partner, denen sie ihre Sorgen mitteilen könne.

Alle von mir Interviewten äußerten Verwunderung darüber, dass ihre Krankheit mit Gesprächen geheilt werden sollte, denn in erster Linie dachten sie an Beruhigungs- und Schlaftabletten als sie sich in Behandlung begaben, weil Unruhe und Schlaflosigkeit für sie die Hauptsymptome waren. Für Medikamente mussten sie sich jedoch an eine Psychiaterin oder einen Psychiater wenden, nicht an Psychologinnen oder Psychologen. Und das taten sie auch in den ersten Jahren. Dabei war der Unterschied zwischen Psychiaterinnen/Psychiatern und Psychologinnen/Psychologen allen bis auf Herrn Kapić zuvor gänzlich unbekannt und auch während der Gespräche wurden beide Bezeichnungen synonym verwendet (auch von Frau Marković, die sagte, dass sie Psychologie studiert hätte). Nach einem Unterschied befragt, wurde dieser bezüglich der Psychiaterinnen und Psychiater an der Möglichkeit, Tabletten zu verschreiben, festgemacht und bezüglich der Psychologinnen und Psychologen an den intensiveren und längeren Gesprächen.

Da zwischen beiden Professionen in der Regel von den Flüchtlingen nicht unterschieden wurde<sup>110</sup> und sich sowohl Psychologie als auch Psychiatrie auf die gleichen Krankheitskonzepte beziehen, verwende ich Nikolas Roses Begriff „Psy“, den er, mit Verweis auf Foucault, als „all those disciplines which, since about the middle of the nineteenth century, have designated themselves with the prefix psy – psychology, psychiatry, psychotherapy, psychoanalysis“ (Rose 1998: 10) definiert. Da sich auch im Feld der Therapie der bosnischen Kriegsflüchtlinge diese vier Disziplinen stark überschneiden, halte ich dieses Konzept für äußerst hilfreich. Außerdem macht „Psy“ die neue Art von Wissen sichtbar und lässt kritische Distanz zu. Genauer thematisiere ich Psy-Wissen im nächsten Kapitel. Wo es Unterschiede zwischen den einzelnen Psy-Professionen gibt, behandle ich sie getrennt.

### **3.3.2 Vorurteile und Überwindungsstrategien**

Nachdem ich meine ursprüngliche Frage nach dem Vorwissen zu Psychiaterinnen und Psychiatern sowie zu Psychologinnen und Psychologen verändert hatte, weil sie zu abstrakt war und in ausschweifenden Verlegenheitsantworten endete, fragte ich nach früheren Kontakten mit Psychiaterinnen und Psychiatern oder Psychologinnen und Psychologen. Daraufhin bekam ich fast entrüstete Antworten, dass zum Psychiater nur Verrückte gingen. Dieses Vorurteil wurde in jedem Gespräch angesprochen. Für einige war es der Hinderungsgrund, weshalb sie nicht gleich nach dem Einsetzen der Beschwerden zu Psychiaterinnen und Psychiatern oder Psychologinnen und Psychologen gingen.

Ich gelangte einfach in die Situation, dass ich mit der Zeit nicht ordentlich schlafen konnte. Diese Schlaflosigkeit und schlechte Träume, das bekam ich so. Ich habe es vermieden, zum Psychologen zu gehen. Obwohl ich diese Empfehlungen hatte, dass ich früher gehe, denn bei uns war das so, wie soll ich das erklären? Im ehemaligen Jugoslawien, in Bosnien-Herzegowina, wer zum Psychologen

---

<sup>110</sup> Und auch in der hiesigen Gesellschaft ist die Unterscheidung nicht immer klar. Der Artikel zur Einweisung der Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes titelte: „*Polizeipsychologin* war überfordert. Psychisch labile *Ärztin* spielte Schicksal“ (Stark 2000). Auch hier wurden Psychologin und Ärztin synonym gebraucht.

geht, wurde als verrückt angesehen. Ich habe mich einfach geschämt dafür, dass mir keiner sagen würde „er ist verrückt geworden, er geht zum Psychologen.“ Aber ich bin nicht verrückt. Man denkt an so, wenn jemand keine Kontrolle mehr hat, an diesen Wahnsinn. So wurde das verstanden. Denn bei uns, alle, die zum Psychologen, Psychiater gingen, die wurden nicht als normale Personen angesehen. Dennoch ja, ich musste zu guter Letzt Hilfe beim Allgemeinarzt suchen. Er hat mir dann gesagt, dass ich zum Psychologen gehe, dass ich nicht mehr länger warte.<sup>s</sup> (Hr. Imamović)

Herr Imamović beschrieb die Beschwerden, derentwegen er sich in Behandlung begeben hatte. Er selbst setzt sie nicht mit seinen Kriegserlebnissen in Beziehung, sie kamen mit der Zeit ohne Ursache. Wegen der Beschwerden ging er zum Allgemeinarzt. Dieser musste ihn überweisen und auch dann fiel es Herrn Imamović eingangs nicht leicht, Vertreterinnen oder Vertretern der Psy-Disziplinen aufzusuchen, denn er sei nicht verrückt, aber zu Psychiaterinnen und Psychiatern oder Psychologinnen und Psychologen gingen nur Verrückte. Er machte sich Sorgen, wie es andere interpretieren würden, wenn er zum Psychologen (er meint den Psychiater Herrn Dr. B.) ginge. Für alle Gesprächspartnerinnen und -partner war das Aufsuchen von Psy-Angeboten gleichzeitig ein Eingeständnis, dass sie es nicht mehr allein schafften und Hilfe brauchten. Dennoch war der Weg zu Psy-Vertreterinnen und -Vertretern für sie nicht der nächst liegende. Es waren andere Personen nötig, die ihnen zuredeten und Ratschläge gaben, um sich in eine Psy-Behandlung zu begeben. Durch diese Empfehlungen wurde ihnen ein Stück weit die Verantwortung für die Entscheidung, sich an Ärztinnen und Ärzten zu wenden, die für „Verrückte“ zuständig sind, abgenommen.

In Bosnien war psychiatrische Behandlung mit Vorurteilen verbunden. „Wer bei uns zum Psychiater geht, wird als verrückt angesehen“ oder „da gehen bei uns nur Verrückte hin“ – das waren die typischen Antworten. Deshalb beeilte sich auch Herr Imamović im obigen Zitat, hinzuzufügen, dass er sich nicht als verrückt verstehe, auch wenn er zum Psychiater gehe. Hier aber wäre es ganz normal, zu Psychiaterinnen und Psychiatern oder Psychologinnen und Psychologen zu gehen, sagten meine Gesprächspartnerinnen und -partner oftmals erklärend und sich selbst beruhigend. Dabei sind die Umdeutungen von der dortigen „Verrücktheit“ und der hiesigen „Normalität“ vielschichtig und individuell, wobei der andere kulturelle Kontext den Flüchtlingen neue Interpretations- und Argumentationsräume öffnete. Vielfach bezogen sie sich auf die Verschiedenheit der bosnischen und deutschen Sichtweisen auf seelische Leiden. Im Hinblick auf die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen hatten sie damit auch Recht, denn der hiesige Blick ist für psychische Probleme geschärft. Die Diagnostik psychischer Störungen, allen voran Depressionen, nahm und nimmt zu.

So lagen depressive Störungen im Jahr 2000 an vierter Stelle auf einer Liste der Krankheiten, die den größten Produktivitätsverlust<sup>111</sup> weltweit zu verantworten hatten. Die Jahre, die mit einer neuropsychiatrischen Krankheit verlebt wurden, und die Jahre mit Leistungseinbußen, verursacht durch neuropsychiatrische Krankheiten, waren in ihrem Verhältnis zu körperlichen Erkrankungen in den westlichen Gesellschaften im Extremfall sechsmal höher als z. B. in afrikanischen Ländern. Das heißt, wenn jemand in Westeuropa chronisch erkrankte, dann mit einer 30- bis 40-prozentigen Wahrscheinlichkeit an einer neuropsychiatrischen Krankheit (WHO 2001). Zum einen hängt dies

---

<sup>111</sup> Natürlich wird in „Produktivitätsverlust“ gerechnet, nur so werden Krankheiten in Unternehmensgesellschaften mit unternehmerischen Individuen (Rose 1998: 150) wahrgenommen, denn als Leidenserfahrung sind sie Privatsache und volkswirtschaftlich unbedeutend.

mit der Prävalenz anderer körperlicher Erkrankungen – allen voran Infektionskrankheiten – in einigen afrikanischen Ländern zusammen, zum anderen mit einer löchrigen psychiatrischen Versorgung, die in vielen Regionen nicht existent ist. Wo es keine Psy-Strukturen gibt, werden auch keine Psy-Krankheiten diagnostiziert und da Psy-Strukturen vor allem in westlichen Gesellschaften existieren, sind auch hier die Psy-Diagnosen häufiger.

Die bosnischen Flüchtlinge gelangten als mögliche Patientinnen und Patienten in den Fokus der Psy-Disziplinen. Damit sie sich jedoch trotz der Stigmatisierung an Psy-Spezialistinnen und -Spezialistinnen wenden konnten, schrieben sie anderen die Verantwortung für das Aufsuchen von Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychiaterinnen und Psychiatern zu. Es war keine selbstständige Entscheidung mehr, denn die Betroffenen befolgten einen Rat, also hatte auch jemand anderes ihre Bedürftigkeit (an)erkannt.

Neben der Verschiebung der Verantwortung ist eine weitere Umdeutung zu beobachten. Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychologinnen und Psychologen werden nicht als Psy-Vertreterinnen und -Vertreter wahrgenommen. Sie sind nicht die Ärztinnen und Ärzte, zu denen „sonst nur Verrückte gehen“, sondern Ärztinnen und Ärzte, zu denen man zur Therapie geht.

Und als wir hörten, dass jemand beim Psychiater ist hier, ja, ich habe persönlich gedacht, dass es ein schwerer Fall ist und ich habe gedacht, dass es jemand empfohlen hat, dass er zum Psychiater geht. Nein, der Mann sagt: „nein, ich habe nicht gewusst, dass das ein Psychiater ist, ich habe gehört, dass ich zur Therapie kann.“ (Herr Kapić)

Herr Kapić ist überrascht, dass ein Landsmann einfach so zum Psychiater ging, sozusagen freiwillig und ohne größere psychische Beeinträchtigungen, die ihn zu einem „schweren Fall“ gemacht hätten. Dieser hatte wiederum den Psychiater gar nicht als solchen wahrgenommen. Mit dieser Verschiebung vom Besuch von Psy-Spezialistinnen und -Spezialisten zum Besuch einer Therapie wurde die stigmatisierende Konnotation umgangen. Herr K. vom Behandlungszentrum Xenion beschrieb eine solche Neubenennung bzw. Umgehung der stigmatisierenden Psy-Bezeichnung auch bei kurdischen Klientinnen und Klienten. Dort wurden die Psychologinnen und Psychologen zu „Ärzten der Menschenrechte“. Wie auch die Bosnierinnen und Bosnier setzten die Kurdinnen und Kurden die Berufsbezeichnung Psychiater mit Psychologe gleich, weil es die Unterscheidung in ihrer Herkunftsgesellschaft nicht gab oder diese ihnen nicht bekannt war. Mit dem neuen Terminus „Ärzte der Menschenrechte“ stieg auch die Anzahl der Anfragen nach Behandlung oder Unterstützung von kurdischen Flüchtlingen bei Xenion (Gespräch mit Herrn K.), die mittlerweile die größte Patientengruppe stellen (Xenion a).

Im Gegensatz zu den „Ärzten der Menschenrechte“, die die kurdischen Patientinnen und Patienten von Xenion aufsuchten, war die Beschreibung der psychiatrischen oder psychologischen Behandlung als „Therapie“ bei den bosnischen Flüchtlingen unbestimmter. Der Begriff fokussierte nicht auf eine Berufsgruppe wie Ärzte oder Institution wie ein Behandlungszentrum. „Therapie“ konnte überall stattfinden und von unterschiedlichen Spezialistinnen und Spezialisten angeboten werden. Die Unbestimmtheit der „Therapie“ eröffnete gleichzeitig auch Raum für Missverständnisse. So antwortete Herr Tomić auf meine Frage, seit wann er in Behandlung sei und wie ihm die Therapie geholfen habe, dass ihm am besten die Physiotherapie geholfen hätte, genauer

die Thermotherapie und die Massage, weil er sich dort total entspannen könne. Dieses Missverständnis verdeutlicht, dass die Flüchtlinge nicht klar wussten, was sie von einer „Therapie“ erwarten konnten und sollten, und was dort vor sich gehen würde. Alle Arten von Therapie, vor allem aber Physio- und Psychotherapie waren für Verwechslungen anfällig.

Neben den Empfehlungen anderer und der begrifflichen Weite der „Therapie“, die beide die Stigmatisierungen durch Psy-Behandlungen minderten, war die Angst eine wichtige Motivation, die Vorurteile zu überwinden half.

Aber es hat mir geholfen, dass ich mich beim Psychologen oder Psychiater gemeldet habe. [...] Wenn ich mich nicht in Behandlung begeben hätte, vielleicht wäre auch ich jetzt schon tot. Oder eventuell total verrückt. [...] Wenn es in diesem Tempo weitergegangen wäre und ich mich nicht in Behandlung begeben hätte.“ (Herr Imamović)

Auch die Angst hat Herrn Imamović dazu bewogen, in die Therapiegruppe zu gehen, nachdem er vom Allgemeinarzt in psychiatrische und psychotherapeutische Angebote überwiesen wurde und ihm Verwandte und Freunde diesen Schritt nahe legten, die selbst auch schon in eine Therapiegruppe gingen. Es ist eine Angst vor dem Wahnsinn oder dem Tod, davor, an den Folgen des Stresses zu sterben, der aus der inneren Anspannung resultierte. Diese Vorstellung wurde auch in der „modernen Wissenschaft“ thematisiert. So publizierte Cannon 1942 einen Text über den Voodoo-Tod und entwickelte ein Konzept, das Körper und Geist über den Stress verband. Letzterer fungierte als Transportmittel, das wissenschaftlich diskutiert und untersucht wurde (vgl. hierzu Young 1996: 93 ff. und Beck 2008). Das Konzept „Stress“ erklärt die Verbindung innerer Befindlichkeiten und Stimmungen mit körperlichen Symptomen und Erkrankungen, im Extremfall sogar dem Tod. Vermittelt über Stress kann auch jemand in westlichen Gesellschaften an Kummer und Sorgen sterben, allerdings diagnostiziert als depressiv mit Somatisierungsstörungen, nicht als bekümmert oder besessen. Folge dieser Theorien ist eine Medikalisierung leidvoller menschlicher Erfahrungen, für deren Behandlung sich neben der Medizin vor allem und zunehmend die Psy-Disziplinen anboten (Kleinman 1995: 177). Aus diesem Grund spreche ich im Folgenden insbesondere von Psychologisierung.<sup>112</sup>

---

<sup>112</sup> Den Begriff „Psychologisierung“ verwende ich, um auf eine besondere Ausprägung bzw. ein separates Phänomen innerhalb von „Medikalisierung“ aufmerksam zu machen. Medikalisierung wird von Irving Kenneth Zola als eine Institution sozialer Kontrolle beschrieben (Zola 1972). Von Peter Conrad wird die Ausweitung medizinischer Zuständigkeit und die Involviertheit verschiedener sozialer Akteure beschrieben und auch Trends wie „de-medicalization“ im Fall von „Homosexualität“ zum Beispiel (Conrad 1992 und 2007). Psychologisierung funktioniert in vielen Bereichen analog zu Medikalisierung: Expertenwissen wird erzeugt und findet Eingang in Alltagspraxen, es werden Normen festgelegt und Abweichungen behandelt. Psychologische und psychotherapeutische Behandlung kommt jedoch ohne Medikamente aus (oder muss ohne sie auskommen). Psychotherapie ist Gedankenmanagement auch dann, wenn körperliche Vorgänge über (Auto-)Suggestion behandelt werden. Damit unterscheidet sich Psychologisierung in drei Punkten von Medikalisierung: 1. Es sind andere Expertinnen bzw. Experten involviert, nämlich keine Medizinerinnen bzw. Mediziner sondern Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten. Auch wenn diese beiden Professionen manchmal in Personalunion auftreten, stehen sie dennoch in Konkurrenz zueinander (vgl. Zitat von Frau P. auf S. 168). 2. Da Medikamente keine Rolle spielen, sind Pharmakonzerne und Nahrungsmittelhersteller keine wichtigen finanziellen Mittelgeber und Sponsoren für neue Erkenntnisse. 3. Die Therapie besteht darin, dass eine Person nach Erklärungs- und Überzeugungsgesprächen im Idealfall durch ihren Willen in Kombination mit angeleitetem Gedankentraining sowohl ihre Gefühle als auch ihren Körper kontrollieren kann. Psychologisierung ist deshalb durch die Abwesenheit von Medikamenten, Medizintechnik und körperlichen Interventionen wie Operationen gekennzeichnet.

Die Verbindung von körperlicher Therapie und Entspannung, die Herr Tomić herstellte, verdeutlicht zudem, dass man den gesundheitlichen Zustand der Flüchtlinge nicht auf innerpsychische Vorgänge und ihre psychotherapeutische Behandlung reduzieren konnte und dass das, was als Posttraumatische Belastungsstörung definiert und mit verschiedenen Symptomen verbunden wurde, die Erfahrungen der Betroffenen nicht beschrieb. Dabei lässt die Diagnose bereits viel Spielraum, ist überinklusiv, berücksichtigt auch bestimmte körperliche Beschwerden und hat eine lange Liste von möglichen zusätzlichen Begleitsymptomen, auf der kein psychiatrisches Symptom und kein körperliches System ausgelassen scheint (vgl. Haenel/Wenk-Ansohn 2004: 44 ff.; Butollo/Hagl 2003: 44 ff.; Maercker 1997: 16 ff.).

Das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung funktionierte deshalb eher als ein Transportmittel, das die sozialen und antisozialen Erfahrungen der Flüchtlinge, die vielschichtige und verschiedenartige Ausschließungsmechanismen in ihrem Heimatland und im Exil waren, in einen psychologisch-medizinischen Diskurs überführte und übersetzte. Da es auch zahlreiche körperliche Beeinträchtigungen gab, hätte eine Posttraumatische Belastungsstörung zum Beispiel auch als Herzkrankheit wie das *Soldier's heart* des Ersten Weltkrieges beschrieben werden können. Es wurde aber gerade nicht als körperliche Krankheit verstanden, sondern die vorhandenen körperlichen Symptome wurden auf psychosomatische Ursachen zurückgeführt. So wurden Schilddrüsenfunktionsstörungen, Magenprobleme, Neurodermitis, Rücken- und Kopfschmerzen dem Stress zugeschrieben, einem gleichfalls unklaren Konzept, das körperliche Phänomene mit inneren Vorgängen verbindet (Young 1996), und fielen über diese theoretische Mutmaßung in die Zuständigkeit von Psy-Disziplinen.

### 3.3.3 Erwartung(en)

Die Vorurteile gegenüber Psy-Behandlungen wurden von den Bosnierinnen und Bosniern durch Umdeutungen, Reduktion von Verantwortung und aus Angst überwunden sowie Informationen zu muttersprachlichen Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzten gefunden. Dies geschah nicht, ohne dass sie eine Hoffnung oder Vorstellung von dem hatten, was sie für diese Überwindung ihrer Vorurteile erhalten würden. Die wichtigste Erwartung an die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen war eine recht typische für jegliche Art von Patientinnen und Patienten: die Betäubung, die Beseitigung oder Minderung von Beschwerden mithilfe von Tabletten.<sup>113</sup> Deshalb waren meine vier Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner, die schon während der Kriegsjahre mit einer Behandlung begonnen hatten, zunächst bei einer Psychiaterin oder einem Psychiater in Behandlung oder erhielten Tabletten von einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt. Erst mit der aufenthaltsrechtlichen Anforderung eine Psychotherapie zu besuchen, gingen die Flüchtlinge zunehmend auch bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu Gesprächstherapien.

Da der Erwartung, dass Schlaf- und Beruhigungsmittel verschrieben werden, weitestgehend

---

<sup>113</sup> Meiner Erfahrung im Rahmen der Interviews für die beiden EU-Forschungsprojekte nach, in denen ich auch die Medikation erfasste, wurden Tropfen seltener verschrieben. Tabletten dominierten zwischen den Psychopharmaka, denn die Dosierung ist einfacher; zudem sind Tabletten etwas „Handfestes“.



entsprochen wurde, nahmen alle bis auf zwei meiner Gesprächspartnerinnen und -partner täglich Psychopharmaka ein, die ihnen von einer Psychiaterin bzw. einem Psychiater verschrieben worden waren, oder im Fall von zwei Frauen auch von Allgemeinärztinnen bzw. -ärzten. Zum Zeitpunkt des Interviews nahmen alle Frauen Schlaf- und Beruhigungsmittel nur noch bei Bedarf ein, zwei von ihnen jedoch täglich Antidepressiva.<sup>114</sup> Meine männlichen Gesprächspartner gingen unterschiedlich mit den Medikamenten um. Einer lehnte Psychopharmaka mittlerweile generell ab und lenkte sich mit Lesen und Fernsehen ab, ein anderer nahm ein Medikament täglich, um seine psychotischen Symptome zu kontrollieren. Ein weiterer konsumierte täglich mehrere Präparate zur Beruhigung und zum Schlafen und sagte, dass er ohne Medikamente nicht leben könne. Zwei Männer nahmen ebenfalls täglich Beruhigungsmittel, ein weiterer nahm sie nur bei Bedarf. Es ist somit ein recht individueller Umgang mit Psychopharmaka zum Interviewzeitpunkt festzustellen. In den Jahren des Ausreisendrucks gehörte es jedoch für fast alle zum Standard, täglich Tabletten zu nehmen, um sich zu betäuben.

### 3.3.4 Wege in die Behandlung – Rechtfertigung und Vernetzung

Ich fragte meine Interviewpartnerinnen und -partner, wie sie in Behandlung gelangten. In ihren Antworten kristallisierten sich vier Hauptwege in Therapien heraus, auf denen sie, begleitet von den beschriebenen Umdeutungen und ihrer Angst vor gesundheitlichen Folgen, dazu kamen, ihre Vorurteile zu überwinden.

Zum einen wirkten Verwandte und Freunde darauf hin, dass sich jemand in eine psychiatrische Behandlung begab: „Na ich hatte die Empfehlung von so Bekannten, Freunden. [...] Das hat sich sogar irgendwann auf die Familie ausgewirkt, auf die Kinder, die Ehefrau, wo ich diese Nervosität ausgelassen habe, Frau und Kinder habe ich angeschrien“<sup>v</sup>, schilderte Herr Imamović. Er war nicht direkt oder aus eigenem Antrieb zum Psychiater gegangen. Es waren mehrere Anregungen von außen nötig und seine Angst davor, „nicht irgendeinen großen Exzess anzustellen, um nicht irgendwelche körperlichen Verletzungen den Kindern zuzufügen.“<sup>w</sup> Hinzu kam die Angst vor dem eigenen Tod.<sup>115</sup> Bei ihm war es ein längerer Prozess, bis er sich in eine Psy-Behandlung begab. Bei Herrn Šeferović ging es im Gegensatz zu Herr Imamović recht schnell:

Anfangs bin ich sofort zum Psychiater gegangen. Ich bin von Anfang an gegangen. Ich wurde behandelt, habe verschiedene Tabletten genommen. Und dann Spritzen haben sie mir auch irgendwelche zur Beruhigung gegeben. [...] mein erster Arzt war, denke ich, B. Weil er die Sprache konnte. Er spricht meine Sprache, sodass ich zu ihm da '94 am Anfang. [...] Das haben mir irgendwelche Leute gesagt, weil ich damals Hilfe brauchte. Welche, die schon hier waren. [...] Irgendwelche Leute, die von meinem Fall wussten, haben mich auch zum Behandlungszentrum

<sup>114</sup> Auf die besondere Verbindung von „Frau“ und „Depression“ kann ich hier nur hinweisen. Depression gilt als „weibliche Krankheit“, da sie bei Frauen zwei- bis dreimal häufiger diagnostiziert und behandelt wird als bei Männern.

<sup>115</sup> Seine Angst vor körperlichen Einschränkungen hatte zum Zeitpunkt des Interviews ihren Niederschlag in einer Lähmung eines Augenlids gefunden. Ian Hacking beschreibt Rückkopplungseffekte weiterführend nicht nur für Kategorien, sondern auch für körperliche Zustände und nennt es „bio-looping“, also einen biologischen Rückkopplungseffekt (Hacking 1999: 109 ff.). Dieser war hier bei Herrn Imamović zu beobachten. Die körperlichen Beeinträchtigungen, die er bei anderen traumatisierten Landsleuten gesehen hatte, trafen auch ihn. Der kategoriale Rückkopplungseffekt, der die Betroffenen die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung zunehmend bei sich selbst entdecken ließ, wurde durch einen biologischen Rückkopplungseffekt begleitet, der stressbedingte körperliche Beeinträchtigungen hervorbrachte.

gebracht. Und bei ihnen war ich jahrelang, bei ihnen in Therapien. [...] Und so non-stop habe ich viele Psychiater gewechselt. Auch heute noch habe ich zwei Psychologen, ich habe einen Psychiater-Neurologen, was weiß ich. Ich geh dahin, nehme die Tabletten, die für die Psyche. Es geht mir eher schlecht als gut ungeachtet der Tabletten. Denn ich hatte auch, was weiß ich, '95 habe ich nur hin und her geschaukelt. [...] Und da bin ich zu verschiedenen Ärzten hierhin, dahin und am Ende ins Krankenhaus. In der Notaufnahme bin ich gelandet.\* (Hr. Šeferović)

Der Aufenthalt auf einer psychiatrischen Station war die höchste Stufe der Medikalisierung und unterstrich für die Flüchtlinge die Intensität und Ernsthaftigkeit ihrer Erkrankung. Im Krankenhaus waren drei meiner Gesprächspartnerinnen und -partner, zumeist nach Krisensituationen. Neben Herrn Šeferović, der seinen Krankenhausaufenthalt mit einer plötzlichen Symptomverschlechterung in Verbindung brachte, waren noch Frau Lisac nach der Begutachtung beim Berliner Polizeiärztlichen Dienst und Herr Osmić nach einer Abschiebungsandrohung in stationärer psychiatrischer Behandlung. Hier zeigt sich, wie sehr die Lebenssituation die Reaktionen der Flüchtlinge beeinflusste. Frau Halkić lehnte einen Krankenhausaufenthalt ab, damit sich ihr Sohn keine Sorgen um sie mache. Ein Psychiatrieaufenthalt stigmatisierte weiterhin, den Umdeutungen zum Trotz. Er war aber auch ein Ausweg, wenn die Situation durch den behördlichen Druck für die Betroffenen nicht mehr auszuhalten war (vgl. auch literarisches Eingangszitat) und definierte sie als „schwere Fälle“.

Herr Šeferović beschrieb im obigen Zitat seine Abhängigkeit von den Psy-Disziplinen, die vielen Tabletten, Spritzen, verschiedenen Spezialistinnen und Spezialisten und auch das Krankenhaus. Er verkörperte geradezu idealtypisch den traumatisierten ehemaligen Lagerinsassen. In unseren drei Gesprächen war er vollkommen mit seinen körperlichen und psychischen Symptomen beschäftigt und bezog sie auf seine „Lagererfahrung“, über die er nicht weiter sprach. Für ihn und sein Umfeld werden alle seine Beschwerden durch den Satz „ich war im Lager“ erklärt. Im Gegensatz zu Herrn Džaferović, der ebenfalls ein Lager überlebt hatte, aber alle Stereotypen diesbezüglich konsequent ablehnte und auch die Psy-Behandlung verweigerte, weil er Ärztinnen und Ärzte sowieso nicht leiden könne, schien Herr Šeferović geradezu auf die Eigenschaften „krank“ und „traumatisiert“ zusammengeschrumpft zu sein. In den Gesprächen mit ihm ging es ausschließlich um Ärztinnen und Ärzte, Medikamente und Beschwerden.

Der zweite Weg in Psy-Behandlungen führte neben Verwandten und Freunden über Allgemeinärztinnen und -ärzte. Sie überwiesen die Flüchtlinge, nachdem die Traumatisierungsproblematik und die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung bekannter wurden. So wurde zum Beispiel Frau Nuhanović von ihrer Hausärztin überwiesen:

Mit dem Schlafen hatte ich sofort Probleme. Aber so, wir sind gerade angekommen, wir wussten nichts. [...] Und wir konnten die Sprache nicht. Es gab unsere Ärzte, aber wir wussten es nicht. Aber wir hatten in unserer Straße eine wunderbare Ärztin, eine Deutsche, [...] sodass wir zu ihr gingen. Ja, mein Sohn konnte schon etwas Deutsch, sodass er anfangs übersetzt hat. Und so ein paar Monate. Dann als sie gesehen hat, dass ich einen Psychiater brauche, dass ich das Gespräch brauche, dass die Tabletten nicht mehr wirken, die sie geben durfte. Sie darf nicht diese starken und so, das weißt du ja. Sie hat mir eine Überweisung zum Psychiater gegeben. Und dann habe ich von Doktor B. gehört, weil ich niemanden hatte, der übersetzt, damit man in eigenen Worten sagen kann wie und was. Ich hatte gehört, dass er unsere Sprache spricht und ich ging mit einer Freundin zu ihm mit der Überweisung. Und so bin ich zu ihm gegangen, und jetzt gehe ich schon jahrelang.<sup>y</sup> (Frau Nuhanović)

Hier werden mehrere typische Sachverhalte deutlich: Der erste Besuch bei einer Psychiaterin oder einem Psychiater stellte eine Hürde dar, weshalb mitunter Freunde oder Verwandte die Betroffenen begleiteten, um dem Besuch beim Psychiater oder der Psychiaterin den Schrecken zu nehmen. Auch Herr Šeferović wurde ins Behandlungszentrum für Folteropfer begleitet. Zudem hatte er, wie auch Frau Nuhanović, Verständigungsprobleme. Jemand musste übersetzen oder bosnisch sprechende Ärztinnen und Ärzte gefunden werden. Bis 1998 gab es nur Herrn Dr. B. als niedergelassenen Psychiater in Berlin, der serbokroatisch sprach. Verständlicherweise war seine Praxis überlaufen und fast alle Atteste stammten von ihm. Wieder waren es die Tabletten gegen Schlafprobleme und nicht die Erlebnisse, die die Flüchtlinge bewogen, eine Psychiaterin oder einen Psychiater aufzusuchen. Die Betroffenen gingen nicht wegen traumatischer Erlebnisse in eine psychiatrische Sprechstunde. Und wenn dem so gewesen wäre, würden Klinikerinnen und Kliniker misstrauisch werden, denn jemand, der den Spezialistinnen und Spezialisten bereits vorgibt, welche Krankheit sie oder er hat, wird eher kritisch beäugt als dass ihre oder seine vorgetragene Diagnose auch gestellt würde. Die Flüchtlinge gingen wegen der früher oder später auftretenden Schlaflosigkeit und Nervosität zu Psychiaterinnen und Psychiatern und wollten Medikamente verschrieben bekommen. Dass die Beschwerden mit dem Krieg zusammenhingen, wurde erst im Patientinnen- oder Patientengespräch konstruiert bzw. von der Psy-Vertreterin oder dem Psy-Vertreter in den Attesten gemäß der Diagnoselogik in dieser Weise beschrieben. In den bisherigen Zitaten waren es nur die Symptome, die im Zusammenhang mit dem Exil geschildert wurden, auf die Kriegserlebnisse bezog sich niemand.

Das dritte identifizierbare Hauptmotiv in den Schilderungen zur Behandlungsaufnahme ist ein Hilfeersuchen in einer der Berliner Flüchtlingsberatungsstellen.

Ich habe das überhaupt nicht gemerkt. Ich hatte dieses mein Trauma, ich hatte diese meine psychischen Probleme. Eine Therapie oder so etwas, ich habe überhaupt nicht darüber nachgedacht. Und dann bin ich erst, nach Berlin kam ich '93, erst '96 habe ich, eigentlich hatte ich ein Problem mit der Abschiebung und dann bin ich ins Südost gekommen, um Hilfe zu erhalten. Und dann haben sie gesagt, welche Hilfe ich bekommen könnte, wenn ich dort eine Therapie machen würde, dass mit dieser Bestätigung wie das dann weiter geht. So, dass ich dann mit der Therapie begann.<sup>2</sup> (Frau Halkić)

Im Gegensatz zu meinen anderen Gesprächspartnerinnen und -partnern fühlte sich Frau Halkić durch die Symptome anfangs nicht beeinträchtigt, weshalb sie keine medizinische Hilfe suchte. Die Symptome, die sie mit Trauma gleichsetzte, wurden erst in der Therapie für sie wichtig und erkennbar. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sie ihre Therapiebedürftigkeit soweit internalisiert, dass sie täglich Antidepressiva einnahm und wöchentlich zu einer Einzeltherapie ging. Damit ist sie neben Herrn Šeferović ein Beispiel für einen Rückkopplungseffekt. Sie beide entsprachen weitestgehend Hackings metaphorischer Bemerkung, mit der er Kategorien als „new slots [...] in which to fit people“ (1986: 223) umschrieb. Sowohl Herr Šeferović als auch Frau Halkić reproduzierten das Stereotyp von schwersttraumatisierten Flüchtlingen, deren Leben vollkommen zerstört wurde und die nur mit Tabletten und Therapien weiterleben können.

Für Frau Halkić waren Aufenthaltsprobleme ausschlaggebend, eine Therapie aufzusuchen, zuvor war sie mit ihren Beschwerden allein fertig geworden. Dieser Weg über die Berliner

Beratungsstellen in eine Psychotherapie wurde oft von der Ausländerbehörde unterstellt und damit die Schwere und Glaubhaftigkeit der Erkrankung der Betroffenen angezweifelt. Die Therapeutinnen und Therapeuten argumentierten dagegen, dass der Behandlungsbedarf auch schon zuvor bestand und die Flüchtlinge sich seiner erst durch den Ausreisedruck bewusst wurden und sich so in Therapie trauten, weil andere auch hingingen und es der einzige Weg war, die Duldung zu verlängern.<sup>116</sup> Obwohl sich die behandelnden Psy-Vertreterinnen und -Vertreter als Gegenseite der Ausländerbehörde verstanden, war es in ihren Augen ein positiver Nebeneffekt des Ausreisedrucks, dass die Bosnierinnen und Bosnier in die Beratungsstellen strömten und weiter in Psychotherapien verwiesen werden konnten. Denn so überwandten die Flüchtlinge ihre Vorurteile und gingen in Therapien, die die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter für notwendig hielten.

Parallel kritisierten die Fachleute jedoch auch die krank machenden Lebensumstände. Und Herr K., ein interviewter Psychologe, meinte sogar, dass viele Flüchtlinge erst durch den Ausreisedruck und die Reglementierungen krank würden. Diese beiden Argumentationen stehen nebeneinander. Der Flexibilität der Argumentationsmuster ist es zu verdanken, dass dies zu keinen Gegensätzen führte, sondern jeweils die besser geeignete Argumentationslinie genutzt werden konnte. So waren die Flüchtlinge einmal behandlungsbedürftig, ohne es sofort zu merken, und ein anderes Mal waren sie nicht behandlungsbedürftig, wurden es aber durch die Lebensbedingungen im Berliner Exil. Die Stärke stabiler diskursiver Formationen liegt in ihrer Eigenschaft, zwar Widersprüche zu produzieren, diese werden als solche aber nicht (mehr) wahrgenommen. Sie stellen auch nicht mehr das Gesamtkonzept infrage, weil es genügend Konsistenz (Schlich 1996) hat, um auch Widersprüche zu integrieren. An der Wirklichkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung und traumatisierter bosnischer Flüchtlinge und ihrem Therapiebedarf zweifelte keiner mehr. Ob dieser schon bestand oder aus den Exilbedingungen resultierte, war unerheblich.

Ohne Hinweise und Empfehlungen von Verwandten und Freunden suchten zwei Gesprächspartner nach psychiatrischer Hilfe. Beide kamen trotz ihrer Vorurteile zu dem Schluss, dass sie Tabletten bräuchten, um wieder schlafen zu können. Herr Ferhatović sagte, dass er anfangs große Probleme hatte, die notwendigen Informationen zu erhalten, da man nur unter vier Augen Auskunft zum einzigen serbokroatisch sprechenden Psychiater in Berlin bekam. Heutzutage wäre das einfacher. Aber er wusste, dass er für seine Probleme einen Psychiater oder eine Psychiaterin aufsuchen musste. Ähnlich zielstrebig hatte sich Herr Tomić an Herrn Dr. B. gewandt, wobei er es mit den Informationen einfacher hatte, denn seine Frau ging bereits zur Allgemeinärztin, mit der Herr Dr. B. gemeinsam praktizierte.

Somit gab es vier Möglichkeiten, in eine Psy-Behandlung zu gelangen: die Empfehlungen durch Angehörige und Freunde, eine Überweisung der Allgemeinärztin oder des Allgemeinarztes, die Weitervermittlung durch Flüchtlingsberatungsstellen und die bewusste Suche nach psychiatrischen Hilfen, jedoch nicht psychotherapeutischen. Von meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern

---

<sup>116</sup> Diese Argumentation existierte bereits seit dem ersten Beschluss der Innenministerkonferenz vom Januar 1996, in dem ein Stichtag für den Therapiebeginn festgelegt wurde. Bereits im März 1996 gab es eine Stellungnahme aus dem Behandlungszentrum für Folteropfer für die Berliner Senatsverwaltung für Soziales, die an die Senatsverwaltung für Inneres weitergeleitet wurde, die versuchte, die Stichtagsregelung aufzuweichen. Dies war erfolgreich, denn es gab in der Berliner Weisung keinen Stichtag für den Therapiebeginn.

schilderten die meisten die erste Variante, wenn sie beschrieben, wie sie in Behandlung kamen, d. h. sie erhielten Informationen und Hinweise von ihren Verwandten und Freunden (sechs Personen), die wenigsten nannten die zweite Möglichkeit, die Überweisung der Allgemeinärztin oder des Allgemeinarztes (zwei Personen). Vier Interviewpartnerinnen und -partner sind über Beratungsangebote in Behandlung gegangen und zwei direkt. Dass so wenige Betroffene durch ihre Hausärztinnen und -ärzte überwiesen wurden, lag auch an der mangelnden Bekanntheit der Posttraumatischen Belastungsstörung zu diesem Zeitpunkt. Selbst Psychiaterinnen und Psychiater kannten laut einer Umfrage aus den 1990er Jahren die damals neuartige Posttraumatische Belastungsstörung nicht oder konnten keine bzw. nur wenige Symptome dieser Störung benennen (Denis/Ebbinghaus 1996).<sup>117</sup> Sowohl die allgemeine als auch die Fachöffentlichkeit waren zu Beginn der 1990er Jahre weder sensibel für „Traumaopfer“ noch für psychosomatische Beschwerden.<sup>118</sup>

Für alle Wege in eine Psy-Behandlung war der Informationsfluss zwischen den Flüchtlingen ausschlaggebend, denn nur ein sehr kleiner Teil von ihnen war in der Lage, eigenständig Spezialistinnen und Spezialisten oder Beratungsstellen zu recherchieren und aufzusuchen. Sie benötigten Dolmetscherinnen und Dolmetscher oder Ärztinnen und Ärzte sowie Beratende, die serbokroatisch sprachen. Solche Informationen wurden nie zentral gebündelt und den Betroffenen zugänglich gemacht, deshalb war die informelle Vernetzung der Flüchtlinge wichtig, die durch die Wohnheimunterbringung begünstigt wurde. Die Wohnheime waren die neuralgischen Punkte der Flüchtlingsgemeinschaft. Hier wurden Informationen bezüglich Rückkehr, Weiterwanderung, Beratungsangeboten, Ärztinnen und Ärzten, Hilfs- und Unterstützungsangeboten, Einkaufsmöglichkeiten, Therapiegruppen, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, Abschiebungen, politischen Entwicklungen ausgetauscht und eine Vielzahl von Gerüchten verbreitet. Es gab in Berlin bis auf wenige Ausnahmen keinerlei Handzettel oder Ratgeber für die Flüchtlinge.<sup>119</sup> Nur über Hörensagen erfuhren sie von den bestehenden Unterstützungsangeboten, zu denen auch psychotherapeutische Hilfen zählten. Ein Beispiel dafür gab Frau Rajlić:

Eine Freundin kam und hat mir die Adresse mitgebracht, weil ich damals kein Deutsch sprechen

---

<sup>117</sup> Auf diese Umfrage komme ich im nächsten Kapitel noch einmal zurück.

<sup>118</sup> Das hat sich in den letzten zehn Jahren stark geändert und wird z. B. dokumentiert durch die wachsende Zahl psychosomatisch ausgerichteter Kliniken und Allgemeinärztinnen und -ärzte, die zunehmend nach privaten Stresssituationen fragen und nicht mehr ausschließlich nach körperlichen Beschwerden. Sogar in der Zahnmedizin wird Psychosomatik wichtig. Die Berliner Psychotherapeutenkammer machte im Juli 2008 auf eine Fortbildung zusammen mit der Zahnärztekammer aufmerksam (Psychotherapeutenkammer Berlin 2008).

<sup>119</sup> Es gab Informationszettel der Ausländerbehörde im Jahr 1993, die wartende Flüchtlinge über die Möglichkeit einer Einzelfallprüfung für bestimmte Flüchtlingsgruppen (Wehrdienstverweigerer, Kosovoalbanerinnen und Kosovoalbaner, ethnische Minderheiten, vergewaltigte Frauen) aufklärten (Hohlfeld 2008: 237). Vielleicht waren es die gleichen 5.000 Informationsblätter, die ausgegeben wurden, um die Flüchtlinge zu bitten, sich später und nach Buchstaben geordnet bei der Ausländerbehörde anzustellen (Abgeordnetenhaus Berlin 15.10.1992). Zudem warb die Berliner Ausländerbeauftragte seit 1996 für ihre Rückkehrprojekte und informierte die Flüchtlinge bei der Gelegenheit das erste Mal über ihre Zukunftsperspektive in Berlin und Rückkehrmöglichkeiten (Abgeordnetenhaus Berlin 16.09.1997), laut Hohlfeld jedoch teilweise falsch (Hohlfeld 2008: 159 ff.). Die Breitenwirkung dieser Informationsbriefe kann ich nicht einschätzen. In den Gesprächen bezog sich niemand darauf. Ich habe das erste Mal bei Hohlfeld von ihnen erfahren, auch Frau Professor John erwähnte die Informationsbriefe ihres Hauses nicht im Gespräch. Diese Informationstätigkeiten waren punktuell und interessengeleitet, es ging nicht darum, den Flüchtlingen Anlaufpunkte zu nennen, wo sie Unterstützung erhalten konnten.

konnte, und sagte, dass sie die von jemandem bekommen hatte, so wie das bei uns immer so kettenartig geht, vor allem als wir in den Heimen lebten, alles war bekannt. Dann ist sie gekommen und hat mir die Adresse gebracht und die Telefonnummer. So, dass ich Frau P. angerufen habe und sie hat mir einen Termin gegeben damit ich zu einem Gespräch komme.<sup>aa</sup> (Frau Rajlić)

Frau Rajlić war damit recht selbstständig, denn sie verabredete selbst einen Termin mit der Therapeutin. Oft wurden neue Gruppenmitglieder einfach zum nächsten Treffen mitgenommen:

Das war '97, ich habe es von einer Frau aus Srebrenica gehört, die dahin ging, eine Freundin und entfernte Verwandte. So, dass es eine Gruppe gebe im Südost Zentrum oder so. Und ich bin mit ihr mitgegangen. Sie hat mich eingeladen. „Was sitzt du zu Hause, es ist besser, los komm in die Gruppe. Du kannst nichts ändern damit, dass du rumsitzt.“ Es ging mir mit jedem Tag immer schlechter. [...] Und so ging ich mit ihr mit.<sup>bb</sup> (Frau Bašić)

Damit war Frau Bašić beim ersten Termin nicht allein und hatte jemanden neben sich, der schon wusste, wie die Treffen ablaufen. Aber das Mitgenommenwerden, das Frau Bašić beschrieb, setzte, wie auch der Informationsfluss, ein soziales Netz voraus und jemanden, den man so gut kannte, dass er einen mitnahm. Frau Rajlić hatte sich anfangs von ihren Landsleuten ferngehalten, weil sie sich ständig an den Krieg erinnert fühlte und angefeindet wurde, weil sie aus einer ethnisch gemischten Ehe stammt. Zudem hatte sie keine Verwandten in Berlin, die sie mitnehmen konnten. Mit Frau Bašić war das halbe Dorf nach Berlin geflohen und auf verschiedene Wohnheime verteilt worden, sodass hier noch alte Vernetzungsstrukturen funktionierten. Aber auch Personen, die nicht in Heimen wohnten, sondern privat untergebracht waren, profitierten von Freunden und Familienangehörigen, die sozusagen „an der Quelle“ waren und auch sie mit wichtigen Informationen versorgten.

Ich habe Familie hier, die in den Heimen gewohnt hat. Und dann wissen sie, dass man in den Heimen alles wusste. [...] Aber eigentlich in der Wohnung ist es schwer etwas zu erfahren. Aber weil ich viel Familie habe, weil wir alle von dort vertrieben wurden, sind viele von uns hier nach Berlin gekommen, sodass ich es über sie erfahren habe.<sup>cc</sup> (Frau Nuhanović)

So füllten sich durch das Weitersagen die Wartezimmer der Psychiaterinnen und Psychiater und die Therapiegruppen, die Zahl der Einzeltherapien bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten stieg. Die Wohnheimunterbringung, die anfangs durch den Wohnungsmangel in Berlin bedingt war, und später aus politischen Interessen aufrechterhalten wurde, trug somit stark zum Informationsfluss zwischen den Flüchtlingen bei.

Psy-Behandlungen sind auf Sprache als Diagnosehilfsmittel und Therapeutikum angewiesen. Deshalb war die Verfügbarkeit von muttersprachlichen Allgemeinärztinnen und -ärzten, Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und psychosozialen Beratungsstellen eine wichtige Voraussetzung für die Aufnahme einer Psychotherapie. Ohne die muttersprachlichen Psy-Angebote und die Informationen darüber wäre auf der einen Seite dem Behandlungsbedarf der Flüchtlinge nicht entsprochen worden, auf der anderen Seite wäre der Bedarf jedoch auch nicht in diesem Ausmaß entstanden. Denn ab einem bestimmten Punkt gehörte es zum Selbstverständnis bosnischer Kriegsflüchtlinge in Berlin, traumatisiert zu sein und zur „Therapie“ zu gehen. So wurde es auch anderen Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten vermittelt, was die Nachfrage weiter steigen ließ.

### 3.3.5 Erfahrungen mit Behandlung

Dem primären Wunsch der Flüchtlinge nach Medikamenten wurde von den Ärztinnen und Ärzten weitestgehend entsprochen.<sup>120</sup> Doch nicht die psychiatrische Behandlung und die Einnahme von Psychopharmaka waren am Ende ausschlaggebend dafür, ob jemand eine Aufenthaltsbefugnis erhielt, sondern eine Psychotherapie. Die jahrelange psychiatrische Behandlung wurde von der Ausländerbehörde nur akzeptiert, weil es nicht genügend Psychotherapieplätze gab. Nur Herr Tomić bekam aufgrund einer psychiatrischen Behandlung aber ohne Psychotherapie eine Aufenthaltsbefugnis, wobei er zusätzlich Gutachten einer Psychologin bei der Ausländerbehörde vorlegte, um seine Traumatisierung nachzuweisen.

Bis auf Herrn Tomić und Herrn Džaferović waren alle meine Interviewpartnerinnen und -partner in psychotherapeutischer Behandlung. Herr Džaferović konnte als ehemaliger Lagerhäftling erfolgreich über die Selbsthilfegruppe beim Südost Europa Kultur e.V. und die vom Behandlungszentrum für Folteropfer für diese Gruppe ausgestellten Atteste einen Aufenthaltstitel erwirken. Ein solcher Weg war aber nur für Einzelfälle wie bei Herrn Džaferović möglich, der andere Nachweise seiner Erlebnisse hatte, wie die Registrierung des Roten Kreuzes als Lagerhaftüberlebender. Somit wurde ohnehin davon ausgegangen, dass er traumatisiert war. Er stellt eine Ausnahme unter meinen Interviewpartnerinnen und -partnern dar, weil er sich aktiv allen Therapien und Medikationen entzog und dennoch einen Aufenthaltstitel aufgrund von Traumatisierung erhielt.

Keiner meiner Gesprächspartnerinnen und -partner empfand die Psychotherapie als Zwang, was auch Nikolas Rose beobachtet hat (1990: 227). Nur Herr Osmić erwartete eine stärkere Wirkung und war deshalb sehr enttäuscht von der Gruppentherapie, an der er zum Interviewzeitpunkt teilnahm. Ansonsten sprachen alle, die eine Therapie besuchten, über diese als willkommenes Hilfsangebot und anerkennend vor allem über das Engagement der Therapeutinnen. Zu ihnen pflegten meine Gesprächspartnerinnen und -partner eine enge Beziehung und sie wurden mit Vornamen angesprochen. Herrn B. hingegen, den Psychiater, den auch fast alle Gesprächspartnerinnen und -partner aufsuchten, sprach niemand mit Vornamen an. Manchmal wurde die Psychotherapie nicht einmal als „Therapie“ wahrgenommen; der folgende Ausschnitt aus einem Gespräch verdeutlicht dies:

A. W.: Und dann zur Therapie waren sie auch, zur Psychotherapie?

Frau Nuhanović: Bei der Psychotherapie war ich nicht. Einmal war ich nur, aber sie haben mir nicht, was soll ich ihnen sagen, dass sie mir soviel geholfen hätten. Ich war nicht.

A. W.: Wo waren sie?

Frau Nuhanović: Ich war auch bei B..

A. W.: Auch zur Psychotherapie?

---

<sup>120</sup> Die Psychotherapeutinnen und -therapeuten standen dem kritisch gegenüber. Unter ihnen dominierte die Meinung, dass eine Psychotherapie mit „betäubten“ Patientinnen und Patienten die Lernprozesse behindere, die Ziel einer Therapie sind. Symptomverbesserungen sollen von den Patientinnen und Patienten der neuerlich erlernten Selbstkontrolle zugeschrieben werden und nicht den Medikamenten. Aber die meisten Psychologinnen und Psychologen fanden sich mit dem Medikamentenkonsum ihrer bosnischen Patientinnen und Patienten ab, zum Teil vermittelten sie sogar parallel medikamentöse Behandlungen bei Psychiaterinnen und Psychiatern.

Frau Nuhanović: Auch zur Psychotherapie, ja.

A. W.: Und zu Z. gehen sie auch?

Frau Nuhanović: Ja, zu Z. gehe ich. Ja das ist etwas anderes! Ich rechne das nicht, dass das Psychotherapien sind. Ja, zu Z. gehen wir. Stimmt, ich gehe jeden Monat zu Z. Ich gehe in die Gruppentherapie. Ich gehe nicht in die eigenständigen Therapien. Ich gehe. Und es geht mir sehr gut nach diesen Therapien. So, wenn wir schön erzählen und uns Z. gute Ratschläge gibt, wie wir uns verhalten sollen, wie wir, wie wir leben sollen, dass wir so viel wie möglich, diese Probleme und so von uns abwerfen sollen. Dass wir auf uns selbst mehr Acht geben und wirklich ich habe vergessen, dass das Psychotherapien sind [lacht].<sup>dd</sup>

Die Treffen nahm Frau Nuhanović als „schönes Erzählen“ und „Ratschläge, wie wir leben sollen“ wahr, aber nicht als Psychotherapie; wobei eine Psychotherapie nichts anderes umfasst, als sich im Gespräch auszutauschen und Techniken des Selbstmanagements zu erlernen. Frau Nuhanović nannte „auf sich Acht geben“ und „Probleme abwerfen“ als Lerninhalte der Psychotherapien. Beides sind Strategien, die in vielen Ratgebern zu finden sind. Nikolas Rose spricht von einer tiefen Durchdringung unseres Alltags mit „Psy-Wissen und -Praxen“, auch wenn ihre Vertreterinnen und Vertreter oft ausgelacht und nicht ernst genommen werden (Rose 1998: 34). Seiner Meinung nach liegt das an der hohen Anwendbarkeit von „Psy-Konzepten“, weil sie Know-how sind, das heißt Techniken beinhalten und nicht Wissen (knowledge) (Rose 1998: 43).<sup>121</sup>

Therapeutinnen und andere Gruppenmitglieder wurden oft als Freundinnen empfunden, mit denen man reden kann und die einem einen Rat geben, wenn man ihn braucht. Auch die Männergruppen hatten einen eher freundschaftlichen Charakter, denn Herr Šeferović erwähnte resigniert, er wäre jetzt ganz allein, alle, die früher in die Gruppe beim Südost gingen, seien fort (vgl. S. 67). In dieser eher freundschaftlichen Atmosphäre und dem empathischen Umgang mit den Flüchtlingen unterschieden sich die Berliner Gruppentherapien stark von denen von Alan Young beschriebenen Therapiegruppen der Vietnamveteranen, in denen sehr viel stringenter mit den traumatischen Erinnerungen gearbeitet wurde. Im Klinikkontext wurden Fehlzeiten und fehlende Mitarbeit mit einer drohenden Entlassung aus dem Programm und der Streichung von Wochenendurlaub sanktioniert. Solche Druckmittel besaßen die Berliner Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen nicht, und die traumatischen Erinnerungen wurden auch nicht systematisch und intensiv „durchgearbeitet“, wie in den Gruppen, die Young beschreibt, in dem selbst das Bedürfnis Auszutreten als Vermeidungsstrategie in der Gruppe thematisiert wurde (Young 1995: 195 f.).

Im Vergleich dazu war die Gruppenarbeit mit den Flüchtlingen in Berlin viel freier, auch weil für die Therapierenden die Situation neu war. Sie hatten anfangs keine oder wenig Erfahrung in der Therapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen und keine Erfahrung mit Therapiegruppen und bosnischen Patientinnen und Patienten. Außerdem waren sie empathisch, denn Flüchtlinge sind Opfer, Veteranen hingegen auch Täter. Eine regelmäßige Teilnahme an den Gruppentherapien war für die Bosnierinnen und Bosnier von der Attraktivität des Angebots abhängig, denn die Teilnahme war freiwillig. Die Erteilung von Attesten wurde nie von einem regelmäßigen Besuch der Gruppen

<sup>121</sup> So werden selbst Pflegeprodukte mit psychologischen Ratschlägen verkauft: In einem Werbeprospekt von The Body Shop mit dem Titel: „Neu! Wellbeing für Körper, Geist und Seele“ ist zu lesen „Über Probleme reden. Das macht Ihnen das Herz leichter. Wenn nötig, sprechen sie mit einem Profi“ (The Body Shop 2008: ohne Seitenzählung). Natürlich sind mit den Profis für Probleme in erster Linie Psychologinnen und Psychologen gemeint, nicht Freundinnen und Freunde oder Seelsorgerinnen bzw. Seelsorger.



abhängig gemacht. Allerdings war die Notwendigkeit wiederholter Attestierungen Anlass genug, regelmäßig an den Therapiesitzungen teilzunehmen. In der Gruppenarbeit wurde sich auf Austausch, Treffen und die Vermittlung von Ratschlägen konzentriert. Sie sollte stabilisieren und explizit nicht belasten (was die Therapien, die Young beschreibt, eindeutig taten).

Dass die Medikamente halfen, daran zweifelte keiner. Sie brachten Beruhigung und Schlaf, auch wenn sich die Flüchtlinge an sie gewöhnten, stärkere Medikamente brauchten und abhängig wurden. Dessen waren sich alle Gesprächspartnerinnen und -partner bewusst. Hingegen war die Wirksamkeit einer Psychotherapie schwieriger zu beurteilen. Alle berichteten, dass es ihnen schlecht ging, wenn andere über das ihnen widerfahrene Leid berichteten oder sie sich selbst an den Krieg erinnert fühlten.

Ich kann nicht sagen, dass ich da etwas sehe, irgendeinen Effekt der Gesundheitsverbesserung. [...] Es ist gar nicht besser. Und dann noch wenn angefangen wird zu reden, ja, dann wird angefangen zu reden wie dieser das erlebte, wie jener das erlebte, wie bei dem die Familie da ermordet wurde, auf welche Weise bei jenem, dann wenn ich erzähle was bei mir war, wie ich dieses Leben durchlief, wie meine Familie ermordet wurde, wenn ich danach anfangen zu erzählen. Und dann ist mir danach, was weiß ich, danach erschüttert mich das noch mehr und dann bin ich noch mehr. Und das beeinflusst, wenn ich ehrlich bin, dann beeinflusst mich das, wissen sie. Denn du kannst keinem sagen, weißt du, rede jetzt nicht darüber, los lass uns über anderes sprechen. Sondern jeder will seine eigene Geschichte erzählen.<sup>ee</sup> (Herr Osmić)

Von allen meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern war Herr Osmić derjenige, der in eine Gruppentherapie ging, und sie dennoch heftig kritisierte, weil er mit ihr unzufrieden war. Alle anderen, die eine Gruppentherapie zu sehr belastete, wechselten zu Einzeltherapien. Die von Herrn Osmić beschriebene Dynamik war in jeder Gruppe zu beobachten und ließ die Psychotherapeutin Frau A. zu dem Schluss kommen, dass in den Gruppen früher mit dem Erzählen aufgehört werden müsse, damit die Zuhörenden nicht zusätzlich durch die Erzählungen der anderen belastet würden. Nichtsdestotrotz bestanden die Gruppen lange fort, und immer wieder wurde über die belastenden Erinnerungen gesprochen, vor allem in den Großgruppen, in denen der Erzählfluss schlechter geleitet werden konnte. Am Ende zählten meine Gesprächspartnerinnen und -partnern vor allem die positiven Effekte auf.

Ja mir persönlich haben diese Therapien geholfen. Obwohl es auch Augenblicke gab als wir die Erlebnisse, die wir erlebten, hörten und erzählten, diese Traumen oder was weiß ich wie man das anders sagen würde. Etwas Schlechtes, das uns zugestoßen ist im Krieg. Und das Hören von anderen, die in der Gruppe waren. Manchmal war ich, nicht immer, bei manchen Erzählungen, in hinreichenden Fällen erlebte ich ein Gefühl des Schmerzes. Weil es mich getroffen hat, wenn jemand erzählt, wie es ihm ergangen ist und was ihm noch hätte zustoßen können. Und wie er diese Angst erlebte, dieses Leiden. Denn viele waren im Lager. Viele wurden gefoltert, viele körperlich angegriffen, psychisch misshandelt. Und, ja, manchmal habe ich es erlebt, aber nicht nur ich, zumindest nach den Erzählungen der anderen, irgendeine Erleichterung, wenn wir diesen Vorfall erzählen, erzählten was geschehen ist.<sup>ff</sup> (Herr Imamović)

Ungeachtet der beschriebenen Belastung wurden die Gruppentherapien nicht abgebrochen. Bezeichnenderweise trat die Erleichterung nur *manchmal* ein, die Belastung aber „in hinreichenden Fällen“, wobei Herr Imamović ebenfalls von einem „manchmal“ ausging, das er zu einem „nicht immer“ werden ließ. Die Flüchtlinge hörten die Geschichten der anderen und fühlten mit ihnen. Das

Gehörte und Selbsterzählte ist als Erfahrung viel einprägsamer als Fachbegriffe, wie Herr Imamovićs kurze Erklärung zum Trauma verdeutlicht. Das Trauma war für ihn das Schreckliche, was passiert ist – im diagnostischen Sinn das A-Kriterium – und *nicht* die Erinnerung daran. Er thematisierte nicht seine eigenen, sich aufdrängenden Erinnerungen an das Gewesene als störend (das B-Kriterium), sondern das Zuhören, was als Hinweisreiz gewertet werden könnte. Seine Erinnerung kam nicht von allein, sich aufdrängend, sondern in den Gruppen, wenn über die Kriegserlebnisse gesprochen wurde.

Im Gegensatz dazu erleichtert das eigene Darüber-Sprechen, das Sich-daran-Erinnern, das Darüber-Zeugnis-Ablegen, wobei Herr Imamović dabei, um seine Aussage zu verstärken, auch auf die anderen verwies, denen es ebenso so ging. Hierin sehe ich einen weiteren wichtigen Motivationsmotor. Durch die Schilderungen der Erleichterung nach den Erzählungen wurde die Erwartung geweckt, dass das Erzählen hilft, und regte weiteres Erzählen an. Mit der Erwartung, dass das Reden erleichtert, erleichterte es auch wirklich. Das Erzählen braucht Publikum, also hörten die Gruppenmitglieder den Erzählenden zu, um auch irgendwann deren Gehör zu erhalten. Doch sobald die Erwartung zu hoch war, einem nicht zugehört wurde oder die Erzählung keine Anerkennung fand, gab es keine heilende, erleichternde Wirkung, sondern Enttäuschung, wie sie Herr Osmić schilderte. Doch in der Regel trat Erleichterung ein.

So multiplizierten sich die Leidenserfahrungen in den Gruppen durch das wiederholte Erzählen und wurden zu einem Opfernarrativ, das die verschiedenen Schilderungen in sich aufnahm. Über die ähnlichen Erfahrungen entstand ein Zusammengehörigkeitsgefühl. Aber neben dieser gemeinsamen Erinnerungsarbeit, die durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten forciert wurde, waren für meine Gesprächspartnerinnen und -partner weitere Gruppenaktivitäten wie das Feiern von Festen und Ausflüge, die Ablenkung brachten, mindestens genauso wichtig. Hilfreich wären diese Aktivitäten auch ohne Leidenserzählungen, sie würden genauso von den alltäglichen Problemen und Sorgen ablenken. Doch vom Leid wurde erzählt, weil es erwartet wurde, weil es die Teilnahme der Betroffenen an den Gruppensitzungen rechtfertigte und sie als Opfer und eben als Betroffene kennzeichnete. Dennoch trennten die Flüchtlinge nicht zwischen den Freizeitaktivitäten und dem aktiven Gedenken, wie es Herr Džaferović beschrieb. „Zweimal in der Woche so waren wir zusammen, manchmal auch irgendwelche Festivitäten. Eigentlich war es nicht schlecht, weißt du. Jeder hat seins mitgeteilt, was er erlebt hat. Und so erzählt haben wir, dass man weiß, was war. Und dass es sich nicht wiederholt, nicht wahr?“<sup>gg</sup>

Herr Džaferović war in einer Selbsthilfegruppe, die anfangs ohne psychotherapeutische Anleitung zusammenfand und erst später von einer Fachkraft angeleitet wurde (Funke/Rhotert 1999: 299).<sup>122</sup> Wie es Herr Džaferović schilderte, ging es um Gedenken und Archivierung, die als Mahnung für die Zukunft dienen sollten. Eine solche Erinnerungsarbeit, die versucht, das Gewesene zu sammeln und die Erinnerung wach zu halten, ist in Lateinamerika eine Art politischer Arbeit, in der die Verbrechen politischer Regime artikuliert und aufgezeichnet werden, um dem Schweigen entrissen

---

<sup>122</sup> Er war auf die Leitung schlecht zu sprechen, weil er meinte, dass Kapital aus dem Leiden der ehemaligen Lagerinsassen geschlagen wurde, vor allem in Form des zitierten Buches. Damit hatte er nicht ganz Unrecht; für die Karrieren der Gruppenleitung war ihr Engagement durchaus förderlich.

zu werden (Maerker 1997: 44 f.). Es ist aber dieses politische Moment, die Dokumentation des Gewesenen, das den Berliner Therapiegruppen fehlte. Es wurde zwar geredet, aber nicht aufgeschrieben und publiziert, wie es die Testimony-Methode (Cienfuegos/Monelli 1983) erfordern würde.<sup>123</sup> Die Gruppen hatten keinen politischen Anspruch, sondern allein einen therapeutischen.<sup>124</sup> Die Therapiesitzungen wurden zu einem Ort zum Reden, wo neben den eigenen Landsleuten und Leidensgenossinnen sowie -genossen auch (deutsche) Psychotherapeutinnen und -therapeuten zuhörten und zu Zeuginnen und Zeugen wurden. Manchmal, vorausgesetzt man glaubte daran, erleichterte das Sprechen bzw. der Monolog über die Sorgen die Sprechenden. So wurde die am Ende positiv bewertete Gruppen- oder Einzeltherapie weiterempfohlen und die Gruppe der Patientinnen und Patienten vergrößert.

Frau Bašić: Die Gruppen haben wirklich allen geholfen. Ich denke, dass uns keiner heilen kann, dass wir nicht, dass wir so ganz [gesund, A. W.] werden. Wer auch immer etwas überlebt hat und na es muss nicht sein, dass er im Krieg war, aber jemand ist verschwunden, sein Bruder ist verschwunden, Vater oder was weiß ich, Kinder und alles. Davon kann uns keiner heilen, solange wir leben. Aber im Vergleich zu dem, wie es mir ging, geht es mir jetzt gut. [...]

A. W.: Haben sie jemandem die Behandlung weiterempfohlen?

Frau Bašić: Natürlich, haben wir, wir haben allen Frauen zum Beispiel, die wir kannten, eine der anderen, die vorher noch nicht angeschlossen war. Wenn du sie siehst, dann sagst du: „Los komm in die Gruppe, es wird dir leichter, es wird besser.“<sup>hh</sup>

So setzten sich die Weiterempfehlungen fort, bis es auch die Letzten erreichte und keiner mehr übrig blieb für einen gut gemeinten Hinweis auf die Therapien, der nicht schon in einer Therapie war. So antwortete Herr Osmić, den ich mit seiner Enttäuschung über die Therapien zitiert habe, und der im Vergleich zu anderen Flüchtlingen erst spät mit einer Psychotherapie begonnen hatte<sup>125</sup>, auf meine Frage, ob er die Gruppentherapien weiterempfohlen hätte: „Gut, das habe ich. Ich denke, ich habe es jedem gesagt, dass er geht. Und dann, gut, die Leute gehen viel, es gibt genug Gruppen hier in Berlin, wissen sie. Sie gehen jetzt.“<sup>ii</sup> Sogar Herr Osmić, der enttäuscht war von der Therapie, und der nur hinging, weil es ihm sein Arzt aufgetragen hatte, empfahl die Therapie weiter bzw. versuchte es, denn er fand niemanden mehr in seinem Umfeld, der nicht bereits in einer Psychotherapie gewesen wäre oder davon nichts wusste.

<sup>123</sup> Die Publikation von Hajo Funke und Alexander Rhotert enthält zwar illustrierende Beispiele und Zitate, diese rahmen aber ihre eigenen Thesen ein (Funke/Rhotert 1999: 285ff.).

<sup>124</sup> Xenion e. V. versteht sich als Menschenrechtsorganisation, allerdings *neben* seinem therapeutischen Anliegen (vgl. [www.xenion.org](http://www.xenion.org)). Das Behandlungszentrum für Folteropfer kooperiert mit amnesty international, aber beide Institutionen beziehen sich in diesem Zusammenhang auf Folteropfer, nicht auf Kriegsflüchtlinge (vgl. Birck et al. 2002: 15).

<sup>125</sup> Wahrscheinlich liegt sein später Therapiebeginn (2001) daran, dass er bereits zu Kriegsbeginn 1992 nach Deutschland kam. Es ist ein Trend, dass Flüchtlinge, die früher kamen, seltener in Behandlung waren und auch später mit einer Therapie begannen. Diese Unterschiede wurden durch die Annahme begründet, dass diejenigen, die länger im Krieg waren, auch „traumatisierter“ sind. Streng genommen widerspricht dies eigentlich der Logik der Posttraumatischen Belastungsstörung, die besagt, dass es unerheblich ist, welches potenziell traumatische Geschehen jemand erlebt hat; es kann ebenso starke Symptome hervorrufen wie bei Personen, die „mehr“ erlebt haben. Daneben gibt es aber auch die Annahme einer Kumulation traumatischer Erlebnisse: Je mehr Schrecken ein Mensch überlebt, desto eher entwickelt er Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung. D. h. vor allem Flüchtlinge, die später kamen, waren traumatisiert, weil sie mehr Traumata erlebten oder sie länger dauerten. Allerdings konnten sie auch von bereits existierenden Unterstützungsstrukturen profitieren, die Erstankömmlinge jedoch nicht.

Eine Psychotherapie wurde anderen Familien und Einzelpersonen ans Herz gelegt, nur sehr selten dem eigenen Ehepartner. In der Regel ging ein Ehepartner, egal ob Ehefrau oder Ehemann, in eine Psychotherapie, der oder die andere aber nicht. Dass beide Ehepartner in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Betreuung waren, kam bei meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern nur einmal vor, obwohl ich mit dreizehn Ehepaaren gesprochen habe. Zumeist war nur einer der Ehepartner psychisch krank. Es gab drei Erklärungsmuster, warum nur ein Ehepartner in eine Psychotherapie oder zur Psychiaterin oder zum Psychiater ging: Oft wurde es damit erklärt, dass nur ein Ehepartner erkrankte und der oder die andere gesund sei. Die zweite Begründung postulierte eine unterschiedliche Schwere der Erkrankung und nur der schwerer erkrankte Ehepartner ging dann in Therapie. Der oder die andere kümmerte sich sowohl um den Kranken oder die Kranke und bürokratische und andere Belange. Eine dritte Erklärung räumt eine gleich starke Erkrankung ein, jedoch für die zweite Person auf körperlicher Ebene, die deshalb Besuche bei anderen Spezialistinnen und Spezialisten erforderte. So sagte Frau Nuhanović, dass sie nervlich erkrankt sei, ihr Mann hingegen körperlich – er hatte einen Herzinfarkt. Herr Dugandžić sagte das Gleiche von seiner Frau: Sie hätte zwar Probleme mit den Beinen, aber sei sonst gesund. Auch Herr Imamović sagte, dass seine Frau nicht erkrankt sei, weil sie stärker sei als er und alles besser verkraftet hätte. Dies ist ein Hinweis, dass die Rolle der bzw. des „psychisch Kranken“ in den Partnerschaften verteilt wurde und die Partnerin bzw. der Partner die Rolle des zumindest psychisch Gesunden übernahm, auch wenn körperliche Beeinträchtigungen vorlagen.

Nur Frau Lisac versuchte, ihren Ehemann in eine Therapie zu schicken, doch der weigerte sich, über seine Kriegserlebnisse zu reden, weil ihn das zu sehr aufregte. Daneben würde sein Leiden kein Gehör in den Gruppen finden, denn er war als Serbe drei Jahre lang in Sarajevo eingeschlossen gewesen, hatte unter dem Granatenbeschuss serbischer Streitkräfte und unter muslimischen Nachbarn, die ihn anfeindeten, der Spionage verdächtigten und zur Zwangsarbeit an der Front verpflichteten, gelitten. Stimmen wie die seine wurden in den Gruppen nicht gehört, weil sie nicht in das Opfernarrativ passten. Die Gruppen leisteten keine Versöhnungsarbeit. Angehörige ethnischer Minderheiten wurden in den Gruppen marginalisiert und gingen, wie Frau Rajlić, zu Einzeltherapien.<sup>126</sup>

Scheinbar haben meine Gesprächspartnerinnen und -partner, die sich in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung befunden haben, ihre Vorurteile gegenüber Psy-Institutionen und Psy-Vertreterinnen und -Vertretern überwunden. Bei genauerer Betrachtung ist dem jedoch nicht so. Die Vorurteile hatten ihre Gültigkeit lediglich für das hiesige Leben oder den Moment für eine konkrete Person verloren. In erster Linie waren dies Frauen und Kinder. Fast alle Kinder meiner Gesprächspartnerinnen und -partner waren in einer Psychotherapie oder sollten in eine gehen, aber sie weigerten sich. Männer, die Lagerhaft überlebten, hatten ebenfalls einen Behandlungsbedarf, der sich von selbst verstand. Hingegen beschrieben sich Männer, die „nur“ vertrieben wurden, als besonders empfindlich (Herr Galić, Herr Ferhatović), begaben sich erst später in eine

---

<sup>126</sup> Die Psychotherapeutin Frau A. sagte, dass Roma-Frauen aus der ersten Frauengruppe beim Südost ausgeschlossen und in Einzeltherapien geschickt wurden. Herr Džaferović berichtete, dass in seiner Gruppe nur bosnische Muslime und Kroaten waren.

psychotherapeutische Behandlung, nach Überzeugungsarbeit anderer (Herr Osmić, Herr Imamović), erhielten nur psychologische Stellungnahmen (Herr Tomić), aber keine Psychotherapie im engeren Sinne oder sagten selbst von sich, dass sie keine „schweren Fälle“ seien (Herr Kapić).

Frauen mussten sich für eine Psychotherapie nicht rechtfertigen und taten es in den Gesprächen auch nicht. Diesem Muster wurde in der Berliner Aufnahmegesellschaft auf ähnliche Weise entsprochen. Hier fanden sich vor allem Psychotherapeutinnen, die sich oft ehrenamtlich in der Flüchtlingsarbeit engagierten und vor allem Frauen ansprachen und erreichten. Zwei Phänomene waren hierbei von Bedeutung: Zum einen sind Flüchtlinge in der öffentlichen Wahrnehmung vor allem weiblich. Es sind Flüchtlingsfrauen mit ihren Kindern, die den Flüchtlingsstatus ikonisch repräsentieren, als wehrlose Opfer und als Verkörperung der zivilen Bevölkerung. So gab es in Berlin separate Wohnheime für traumatisierte Frauen und ihre Kinder sowie auch eine Frauenberatungsstelle. Ähnliche spezialisierte Wohn- und Beratungsangebote gab es nicht für Männer. Zum anderen sind insbesondere Frauen dem Rollenbild der Helfenden und Sorgenden entsprechend in der Flüchtlingsarbeit engagiert, denn Karrierechancen und Einkommen in dieser Branche sind beschränkt. Einziger Lohn ist oftmals das Wissen, vielen Flüchtlingsfamilien geholfen zu haben. In vielen Fällen wurde freiwillig und unentgeltlich gearbeitet. Beide Tendenzen, weibliche Flüchtlinge und weibliche Therapierende, verstärkten sich gegenseitig. Therapeutinnen boten insbesondere Frauengruppen an und zudem erschienen Frauen in der Öffentlichkeit als hilfsbedürftiger und von Krieg und Vertreibung betroffener, sodass vor allem Therapien für Frauen gefordert und angeboten wurden und damit das Bild von therapiebedürftigen Flüchtlingsfrauen verstärkt wurde.<sup>127</sup>

Für beide Geschlechter trug jedoch die Anonymität Berlins, die unverbindlichen Kontakte mit anderen Landsleuten und die Aufenthaltsproblematik zur Akzeptanz von Psy-Behandlungen bei, denen sie zuvor ablehnend gegenübergestanden hatten. Frauen wie Männer begriffen die Gruppen neben der therapeutischen „Arbeit“ auch als soziale Aktivität, als Treffen im globalen Dorf Berlin. Die Therapiegruppen waren ein möglicher Treffpunkt, ein Teil Normalität der bosnischen Diaspora in Berlin.

Gleichzeitig war die angebotene Psychotherapie nicht der einzige Weg zur Heilung. Neben ihr setzten meine Gesprächspartnerinnen und -partner eigene Therapierezepte um oder formulierten Änderungswünsche an die Psychotherapien. So fand Herr Galić die Therapien zu anstrengend, er hätte gern mehr gelacht und mit den anderen Gruppenmitgliedern gescherzt. Frau Müller sagte, dass Singen, Tanzen und Fröhlichsein ihr am meisten helfe und sie ablenke. Frau Bašić hatte der Deutschkurs, den sie seit einem Jahr besuchte, sehr geholfen, aber auch die Therapie, beides gleich viel, meinte sie. Mit dem Kurs hatte sie wieder begonnen fernzusehen, in deutscher Sprache, das hätte ihr die Lehrerin empfohlen, damit sie auch auf diesem Weg die Sprache lernt. Nun wäre sie viel selbstständiger, selbstsicherer und recht optimistisch, was die Zukunft angeht. Herr Tomić hat festgestellt, dass er sich am besten selbst hilft und wendete alternative Heilmittel wie Kräutertees

---

<sup>127</sup> Vor allem im Zusammenhang mit dem Krieg in Bosnien gerieten Frauen als Kriegsopfer besonders als Ziel von Massenvergewaltigungen in den Fokus der Öffentlichkeit (Will 2002), was entscheidend dazu beitrug, dass Kriegsvergewaltigungen als Verbrechen gegen die Menschlichkeit anerkannt wurden und damit international geahndet werden können.

an; Herr Džaferović, der dem Ganzen von Anfang an skeptisch gegenüberstand, meinte, es könne doch jeder Psychologe sein, man bräuchte nur die nötige Ruhe und müsste die Leute verstehen. Ich, die Interviewerin, würde doch genau das Gleiche tun wie die Psychologinnen und Psychologen. Diese Aufzählung verdeutlicht, dass es vielseitige alternative Therapiemöglichkeiten gab. Die Psychotherapie war in erster Linie für den Erhalt eines Aufenthaltstitels wichtig. Dabei konnte sie ihrer Aufgabe der Behandlung von Kriegsverlusten über Selbstmanagement nicht vollständig gerecht werden. Ob dies überhaupt zu gewährleisten ist, steht zu bezweifeln, denn Traumatisierungen sind nur in ihrem gesellschaftlichen Kontext zu verstehen und entwickeln sich einzig in diesem, wie ich im vorigen Kapitel beschrieben habe.<sup>128</sup> Selbst psychologische Studien bestätigen diese Abhängigkeit posttraumatischer Symptome von gesellschaftlichen Entwicklungen, vor allem der Anerkennung von Leiden und juristischer Aufarbeitung von Verantwortung<sup>129</sup>, und stellen damit die Universalität und Objektivität diagnostischer Kriterien infrage. Wenn soziale Einflussfaktoren anerkannt würden, so stünde das im Gegensatz zum Grundprinzip psychiatrischer Diagnostik, die mit der Einführung des Begriffs „Störung“ (vgl. S. 35) und der standardisierten Diagnostik versuchte, das soziale Umfeld auszuklammern. Aber wie gesagt, es ist ein Zeichen für die Stabilität eines diskursiven Feldes und macht sein Funktionieren als *boundary object* erst möglich, wenn widersprüchliche Ansichten integriert werden können und keine Zweifel mehr an der Diagnose bestehen, nur an ihrer angenommenen Enge, die zu Forderungen nach einer Erweiterung des Konzeptes führen. Die vorhandene Flexibilität der Diagnosekategorie ermöglichte allen Akteuren, ihre Standpunkte beizubehalten und miteinander in Interaktionen zu treten, ungeachtet ihrer unterschiedlichen Ansichten und Beweggründe.

### **3.3.6 Neuinterpretationen – neues Verständnis von psychischen Vorgängen**

Die Ansichten meiner Gesprächspartnerinnen und -partner über psychische Erkrankungen, die eigene „Krankheit“ sowie die Heilungsmöglichkeiten waren trotz mehrjähriger Psychotherapie und der Aufklärung über die Störung nicht völlig an die psychotherapeutischen Erklärungsmuster angeglichen worden. Für sie erklärten sowohl ihre Erlebnisse, mit denen sie sich abfinden mussten (und müssen), als auch die Lebensumstände in Berlin, deren Notwendigkeit sie nicht

<sup>128</sup> Arthur Kleinman zeigt, dass dies auch für Depressionen gilt (Kleinman 1985). Und eine Definition, in der es offensichtlich wird, ist die von Persönlichkeitsstörungen im ICD-10. Betroffene „[...] verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen“ (WHO 2006: F60–69). Nikolas Rose argumentiert, dass bürgerliche Vorurteile und Denkfiguren wichtige Triebfedern für die Entwicklung von Psy-Theorien waren (Rose 1985), die eine normative Normalität in Abgrenzung von einer von ihnen definierten Pathologie umrissen.

<sup>129</sup> Orth und Maercker untersuchten die Aktualisierung von posttraumatischen Symptomen bei Opfern von Straftaten während des Gerichtsverfahrens. Dabei fanden sie, dass die Symptome abklagen, wenn die Geschädigten den Eindruck gewannen, dass die Straftäter gerecht bestraft wurden (Orth/Maercker 2004). Aber Fragen der Gerechtigkeit liegen nicht im Zuständigkeitsbereich von Psy-Behandlungen und sollten auch nicht als psychische Erkrankung verhandelt werden, denn es verstärkt das Leiden der Betroffenen und isoliert sie zusätzlich als „psychisch Kranke“. Ähnlich argumentieren auch Psychologinnen und Psychologen, die sich in der Friedensarbeit engagieren (Becker 2004 und Jovanović 2002/2003), was sie dennoch nicht davon abhält, die Diagnose weiterhin zu verwenden und ein umfassenderes Konzept von Traumatisierung zu fordern, das die gesellschaftlichen Zusammenhänge berücksichtigt. Hier wird der soziale Diskurs über die traumatische Neurose, die Esther Fischer-Homberger beschrieb, wieder sichtbar (Fischer-Homberger 2004).

nachvollziehen konnten, gleichermaßen ihre Symptome. Die Aufnahmesituation und ihre Probleme, einen Aufenthaltstitel zu erhalten, schilderten sie immer wieder und intensiver als ihre Kriegserlebnisse. Im folgenden Abschnitt stelle ich die Veränderungen dar, die mit der Therapie zusammenhingen; denn meine Gesprächspartnerinnen und -partner beschrieben Phänomene, die ich mit Hacking als Rückkopplungseffekte (Hacking 1986) und mit Foucault (1984) und Rose (1990) als Technologien der Selbstregulation und -kontrolle theoretisch einordne.

Zur Erinnerung: Die Lebenssituation der Flüchtlinge war nicht nur bestimmt von Duldungsverlängerungen, jahrelangem Arbeitsverbot und später von dem Rückkehrdruck, für den die Aufnahmegesellschaft verantwortlich war, sondern auch von der Sorge um die Angehörigen daheim. Das folgende Zitat verdeutlicht dies:

Und wenn der Mensch damit belastet ist, dass er seinen Ort verlassen muss, den Ort, wo er wohnt, wo er lebt, kann man sagen, dass er versuchen müsste, irgendwelche eigenen Aktivitäten zu entwickeln. Natürlich müssen wir berücksichtigen, dass das ganze Jahr '94 der Krieg anhielt und ich keinen Kontakt zu den Meinigen hatte, die dort geblieben sind im Krieg. Und das hat mich wirklich enorm belastet. Wie kann ich mich hier entspannen und amüsieren und ins Kino gehen, wenn ich weiß, dass sie dageblieben sind in dieser Situation? Wenn ich zumindest die Möglichkeit gehabt hätte zu telefonieren, dann wäre es leichter gewesen, dass wir uns zumindest hören. Aber damals konnte man nicht einmal telefonieren. [...] Natürlich hatte ich kein Telefon, ich kaufte eine Karte und ging in die Telefonzelle, vor der Zelle eine Schlange nachts. Man sagte nachts wäre es einfacher.<sup>130</sup> Und all das war was, das den Menschen, so sage ich, den Verstand austrieb. Auf der anderen Seite das Bewusstsein, dass du in Sicherheit bist. Du bist in Sicherheit, dir kann nichts Schlechtes mehr geschehen, in dem Sinne, wie es im Krieg geschehen konnte. Aber das Wissen, dass sie dort geblieben sind und dass es noch dauert. Das ist vielleicht kein Trauma im richtigen Sinn des Wortes, aber es ist eine Belastung, es ist eine Belastung.<sup>jj</sup> (Herr Kapić)

Herr Kapić beschrieb das Mitleiden mit den Angehörigen und Freunden zu Hause. Wie er richtig feststellt, ist es kein Trauma, jedoch eine Belastung. Sein Leiden ist im Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung als Erlebnis (A-Kriterium) nicht kategorisierbar, aber es verursachte die gleichen Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins, die gleiche Schlaflosigkeit und innere Unruhe. Es „trieb den Menschen den Verstand aus“, formulierte Herr Kapić. Doch diese Verrücktheit müsste bei einer genauen Diagnostik im Fall von Herrn Kapić als eine Anpassungsstörung diagnostiziert und attestiert werden, denn er hatte sich nicht gut genug an den alltäglichen Wahnsinn des Krieges in seiner Heimat, den er aus der Ferne beobachten musste, angepasst.

Die gleiche Diagnose könnte auch für Frau Avdagić gestellt werden, bei der die Symptome nach dem Krieg einsetzten, als ihr Vater „verschwand“ und sie aufgefordert wurde, Deutschland zu verlassen. Frau Avdagić hatte die ersten Kriegsmonate in Srebrenica erlebt, war mit ihren Kindern evakuiert worden und ihrem Mann nach Deutschland nachgereist. Die drohende Abschiebung und die Ungewissheit über den Verbleib des Vaters, und *nicht* die eigene Flucht verursachten die

---

<sup>130</sup> Das Telefonnetz funktionierte während der Kriegsjahre nur punktuell und brach oft zusammen. Nicht jeder Anruf war erfolgreich, oftmals wurde niemand erreicht. Neben der schlechten Telefonverbindung, die schon ein Glück war, wenn sie überhaupt zustande kam, war Telefonieren ein wichtiger Kostenfaktor für die Flüchtlinge. Eine Freundin erzählte, sie hätte immer Fünf-Mark-Münzen gesammelt, um ihre Eltern anzurufen und das Geld wäre nur so durch den Münzfernsprecher gerasselt. Es war die Zeit, bevor Mobiltelefone erschwinglich wurden und Telefonläden aus dem Boden schossen; die Deutsche Bundespost hatte noch das Monopol.

Symptomatik, die als Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde, aber von weniger einfühlsamen Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen oder Ärzten genauso gut als Anpassungsstörung hätte diagnostiziert werden können, denn Frau Avdagić wollte und konnte sich nicht mit dem Ende ihres Aufenthalts in Deutschland abfinden und hatte Angst vor der Rückkehr.

In ihrem Fall passierte etwas, das Alan Young als Neuinterpretation der Vergangenheit beschreibt. Das traumatische Ereignis erhielt erst im Nachhinein seine Bedeutung als Trauma; zuvor war es ein Erlebnis wie jedes andere (Young 1996: 97 f.). Die Traumatisierung wurde erst im Hier und Jetzt, Jahre nach dem Ereignis, diagnostiziert und somit die Ereignisse neu gedeutet. Frau Avdagićs Beschwerden wurden retrospektiv von verständnisvollen Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen auf ihre Flucht *und* das Verschwinden des Vaters (das alleinige Verschwinden hätte für das Erhalten der Diagnose laut DSM „nicht ausgereicht“) bezogen. Frau Avdagićs Beschwerden wurden ihr erklärt und sie erhielt Anweisungen für deren Bewältigung. „Ich gehe dahin und höre I. [Name der Psychotherapeutin, A. W.] zu. Sie sagt ‚Ihr müsst dieses, ihr müsst jenes‘“<sup>kk</sup>, beschrieb Frau Avdagić die Psychotherapie und damit die vermittelten normierenden Technologien des Selbst (Rose 1990: 241 mit Verweis auf Foucault).

So begann Frau Avdagić, sich als traumatisierte Bosnierin wahrzunehmen und sich zu bemühen, der Anleitung ihrer Psychologin zu folgen und diese in ihrem Alltag anzuwenden. Ian Hacking beschreibt das Annehmen von solchen Beschreibungsmustern und ihre Reproduktion im Alltag als Rückkopplung, als Zurechtmachung von Menschen (Hacking 1986 und 2001: 126 f.). Frau Avdagić ist traumatisiert und psychisch krank, denn sie fühlte sich so, nachdem es ihr erklärt wurde und sie es verstanden bzw. verinnerlicht hatte – das heißt, seitdem sie sich selbst auch als traumatisiert und „psychisch krank“ verstand und so empfand. Denn ihr Mann hatte ihr bestätigt, dass ihr Verhalten nicht mehr normal sei und ihre Therapeutin hat ihr gesagt, dass es die Traumatisierung sei, die sie verändert hat.

Ähnlich war es auch bei Frau Bašić:

Und mir hat Frau R. wirklich gesagt, *dass ich gar nicht darüber sprechen kann*. Und ich brauche nicht sprechen. [...] Denn damals haben wir nicht daran gedacht, dass überhaupt jemand überleben würde. Weil schon die ganze Welt wusste, was war und wie und sie haben Aufnahmen und alles. Da war es am schwersten. Aber ich hatte wiederum gar keine Angst um mich. Ich habe mir für mich nichts vorgestellt. Ich habe nur zu Gott gebetet, dass sie meine Kinder zuerst töten würden, dass ich es mit eigenen Augen sehe, wenn sie sie umbringen, dass sie erst sie umbringen und dann mich, dass ich nicht sehen musste, wie sie gequält würden. So hat die Frau am Ende, diese Ärztin, die da war, sie sagte: „So, ich gebe dir diese Bestätigung.“ Sie bestätigt mir, dass ich traumatisiert bin. So wie es ist. Es war schwer, all das zu überleben. Und *eigentlich kann ich darüber nicht sprechen* [Hervorhebungen A. W.].<sup>ll</sup> (Frau Bašić)

Frau Bašić schilderte die Begutachtungssituation beim Berliner Polizeiärztlichen Dienst, deren Psychologin sie zum Reden aufforderte und ihr auch bestätigte, dass sie traumatisiert sei. Auch sie selbst empfand sich als „traumatisiert“, denn „es war schwer, all das zu überleben“. Damit bezog sie ihre Traumatisierung auf das Erlebte und reduzierte die Diagnose auf das A-Kriterium. Wer etwas Schreckliches erlebt hat, ist traumatisiert. Frau Bašić fand sich darin bestätigt, denn die Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes sagte es ihr ebenfalls und bestätigte es ihr schriftlich. Damit hatte sie es amtlich und bekam erst Duldungen, mit einer zwölfmonatigen Gültigkeit und dann eine



Aufenthaltsbefugnis. Unklar war ihr jedoch, warum Freunde, die Ähnliches erlebten, keine Aufenthaltsbefugnis aufgrund einer Traumatisierung erhielten.

Sie sagte, ihre Therapeutin hätte ihr gesagt, dass sie nicht über das Geschehene reden könne und deshalb rede sie auch nicht darüber. Das sagte sie bezeichnenderweise in einer Situation, in der sie schon dabei war, *ungefragt* ihre schlimmsten Erlebnisse in Srebrenica zu beschreiben. Im Gespräch unterbrach sie sich selbst, um der Voraussage der Therapeutin „nicht darüber sprechen zu können“ zu entsprechen. Paradoxerweise hatte sie bereits über ihre schrecklichen Erlebnisse gesprochen. Hier wird der Rückkopplungseffekt sogar hörbar.

Reden und Schweigen über das Erlebte, an das gleichzeitig in beiden Tätigkeiten, Reden wie Schweigen, erinnert wird, sind laut Definition in zwei Symptomgruppen vertreten (Wiedererleben und Vermeidung) und Teil der Diagnose. Wer schweigt, vermeidet und erfüllt damit Diagnosekriterien des C-Kriteriums; wer redet, zeigt Symptome des Wiedererlebens, des B-Kriteriums. Die Flüchtlinge redeten und schwiegen. Die Art der Aufnahme in Berlin – und anderswo in der BRD – trug in einem entgegengesetzten Sinn zur Krankheitserhaltung bei den Flüchtlingen bei. Es waren neben Verwaltungsvorgängen wie der Begutachtung durch den Polizeiarztlichen Dienst zum Beispiel auch die gut gemeinten Therapieangebote und die äußerst erfolgreiche Lobbyarbeit für die traumatisierten Flüchtlinge, die sie ständig zum Reden aufforderten und auf die Rolle der Traumatisierten festschrieben und ihnen die Normalität verwehrten, die sie sich wünschten.

Der Psychologe hat dir gesagt wie du dich verhalten sollst. [...] Das hat alles von der Situation abgehangen, die sich abspielte in Bosnien-Herzegowina, in Deutschland in Verbindung mit dem Aufenthaltsstatus hier, der Rückkehr dorthin. Von Anfang dieses Krieges an und bis zum heutigen Tag. [...] Wenn der Mensch nachdenkt, dass er normal in seinem Haus sein könnte, dass er seine Arbeit hätte, dass die Kinder in ihrem Haus wären, dass du normal deine Familie hättest, deine Nächsten. Ja so denkst du nach, dass du hier von heute auf morgen bist. Dass du jeden Moment gehen kannst, aber keine Existenz für ein weiteres Leben hast. Das fällt keinem leicht oder ist ihm egal.<sup>mm</sup> (Herr Imamović)

Wieder verbanden sich der gewaltsame Verlust des gewohnten Umfeldes und die Perspektivlosigkeit zum Symptombild, wie es von den Flüchtlingen beschrieben wurde. Der Psychologe sagte Herrn Imamović zwar, wie er sich verhalten solle, doch trotzdem malte sich Herrn Imamović aus, wie sein Leben verlaufen wäre, hätte es keinen Krieg gegeben oder hätte er hier eine Perspektive gehabt. Die Gedankensteuerung, die Anleitung, wie er sich verhalten soll, funktionierte nicht. Am Ende war jede bzw. jeder trotz der psychologischen Hilfsangebote und dem Austausch mit anderen in den Therapiegruppen mit ihrem bzw. seinem Schmerz allein und musste selbst einen Weg finden, mit ihm umzugehen.

Innerhalb der Psychotherapien wurden keine Antworten auf die Fragen der Flüchtlinge gegeben. So konnte Herr Džaferović beispielsweise nicht verstehen, wieso er im Lager damit erniedrigt wurde, nicht auf Toilette gehen zu dürfen; Herr Osmić fragte sich, warum gerade er aus seinem Heimatort als erster vertrieben wurde, wo er selbst zur Zeit des Zweiten Weltkriegs, als sein Onkel mit SS-Einheiten kollaborierte, doch noch nicht einmal geboren war; Frau Avdagić fragte sich, was mit ihrem Vater, der verschwunden ist, passiert war. Diese Geschehnisse machten weiterhin trotz

Psychotherapie keinen Sinn.

In den Therapien geschah etwas anderes: Das Denken und Sprechen über die Ereignisse wurden neu geordnet und eingebettet. Nicht die Ereignisse als solche bekamen einen Sinn, sondern das Sprechen über sie wurde neu interpretiert und damit neu gesehen und verstanden. Dieses veränderte Sprechen über die eigenen Erlebnisse und Beschwerden nennt Alan Young „language game“ (Young 1992 und 1993). Die Empfindungen und Verhaltensauffälligkeiten der von ihm beschriebenen Veteranen wurden in psychoanalytisches Vokabular übersetzt und damit zwar anders verstanden, aber nicht geändert. Diese Strategie lebt von der Fokussierung auf innere Vorgänge und dem Versuch, sie mit Begriffen wie „Vermeidung“, „Abwehr“, „Spaltung“, „Idealisierung“ und ähnlichen psychoanalytischen Interpretationen und Deutungen der individuellen Seelenlandschaft zu erklären.

Das Grundprinzip des „language game“ war bereits seinem Erfinder Sigmund Freud klar:

Er [Freud, A. W.] stellt sich auch die Frage, wie man überprüfen könne, ob eine Konstruktion oder Rekonstruktion richtig sei oder nicht und bringt das Prinzip ‚Heds I win, Tails you lose‘ an: das heißt, wenn er [der Pat, AK] uns zustimmt, dann ist es eben recht: wenn er aber widerspricht, dann ist es nur ein Zeichen seines Widerstandes, gibt uns also auch recht (Koellreuter 2007: 18).

Die Behandelnden haben die Deutungshoheit; ob ihre Patientinnen und Patienten das Gleiche wie sie in ihre Beschwerden hineininterpretierten war zweitrangig. Taten sie es, bestand Übereinstimmung zwischen beiden Standpunkten, taten sie es nicht, wurden sie vom Standpunkt der Therapierenden – denn diese sind die Expertinnen und Experten – überzeugt. Dies gilt nicht nur für die Psychoanalyse, sondern für alle Gesprächstherapien. Auch den bosnischen Flüchtlingen in Berlin wurden neue Worte und Erklärungen für ihre Leiden gegeben. So bekam alles einen anderen Sinn und wurde mit dem Geschehenen in Verbindung gebracht.

Ich habe es auch davor bemerkt, aber ich wusste nicht, dass es damit verbunden war. Aber jetzt zum Beispiel, wenn ich I. [Name der Psychotherapeutin, A. W.] sage „warum tut mir alles weh, alles nervt mich, über alles mache ich mir Sorgen, so, stresst mich jede Kleinigkeit.“ Sie sagt: „Auch das ist“, sagt sie, „eine Krankheit, auch das ist eine Folge dessen. Dessen, was du erlebt hast.“ Und diese Anspannung wohl, diese, so ständig bist du irgendwie angespannt. Ich brauche nur wenig, dass ich, was weiß ich. Alles nervt mich. Alles. Alles.“<sup>m</sup> (Frau Avdagić)

Frau Avdagićs Therapeutin erklärte ihre Beschwerden mit dem, was sie erlebt hatte, wobei Frau Avdagić vor allem am Unwissen über das Schicksal ihres verschollenen Vaters und ihrer weiterhin unsicheren Aufenthaltssituation litt. Mit der Zeit wurden die Flüchtlinge Teil dieses „language game“ und erklärten ihre Beschwerden, wie Frau Avdagić, mit Stress sowie Anspannung und reduzierten ihre gesundheitlichen Probleme und Grübeleien darauf. Die Verbindung zwischen dem Erlebten und den Symptomen Schlaflosigkeit und Nervosität, die die Flüchtlinge bei ihren Allgemeinärztinnen und -ärzten, Psychiaterinnen und Psychiatern Medikamente erbitten ließen, wurde erst in den Psychotherapien hergestellt. Die Logik der Posttraumatischen Belastungsstörung, dass aus dem Erlebten die Symptome folgen, wurde den Flüchtlingen vermittelt.

Das vereinfachte den Sachverhalt erheblich, denn es gab eine Ursache, das Trauma, und einen Ort der Folgen: das Individuum bzw. seine Erinnerungen und Gefühle. Die gesellschaftlichen Bedingungen wurden ausgeblendet, obwohl sie maßgeblich an der Symptombildung beteiligt

waren. Die Therapie setzte trotzdem auf der individuellen Ebene an. Linderung wurde durch das Erlernen von Entspannungstechniken und fokussierten Selbstgesprächen versprochen. Auch war es beruhigend, eine **Erklärung** für all die Veränderungen zu haben, wenn diese schon nicht zu ändern waren und die auslösenden Ereignisse unverständlich blieben.

Doch es war nicht nur das Trauma, das die Menschen ihrem neuen Verständnis nach veränderte:

Natürlich kann ich nicht mehr gesund sein, wie ich gesund war. [...] Sagen wir '92 als der Krieg anfang, dass ich sage, das ist jetzt genauso. Es kann nicht das Gleiche sein. Einmal nicht physisch, denn der Organismus ist älter, aber psychisch brauch ich gar nichts zu sagen. All das, was man überlebt hat, es gibt keinen, glaube ich, der sagt, das ist das Gleiche. Denn diese Psyche, die den Menschen von Innen tötet, das kann nur jemand wissen, dem das passiert ist.<sup>oo</sup> (Herr Imamović)

Herr Imamović führte viele Beschwerden auf die vergangene Zeit zurück. Schließlich werde niemand jünger. Die Therapien hatten die Blickrichtung auf die inneren Regungen vorgegeben, aber ihre Wirkmechanismen nicht erklären können. Auf meine Fragen zu Erklärungen der Krankheit habe ich, ähnlich wie mit den Ansichten über Psychiaterinnen, Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, schwammige Antworten bekommen. Innerhalb der Gespräche zeichnete sich vor allem die Version von Herrn Imamović ab, in der die Psyche als etwas von Innen her Wirkendes, Unklares verstanden wurde. Dass die „Psyche“ nicht mit „Seele“ (duša) übersetzt wurde, bestärkt Youngs „language game“-These. Die Phänomene bekamen neue Bezeichnungen und Interpretationen, änderten sich selbst aber nicht. Die Fachtermini waren Platzhalter für die Fragezeichen, die eine Erklärung der Krankheit verursachte.

Fachbegriffe hörten sich wichtig an, verdeckten Unwissen und mutmaßten über die Krankheitsursachen. Sie ersetzten die diffusen alltagssprachlichen Erklärungsmuster der Krankheit. So lässt sich über die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung lesen: „Mit einem Erklärungsmodell sollen die verschiedenen vom Patienten wahrgenommenen Veränderungen und erlebten Belastungen in einem kohärenten Konzept zusammengefasst und benennbar gemacht werden („labeling““ (Maerker 1997: 67). Aber genau dieses „kohärente Konzept“ blieben die Erklärungen weitestgehend schuldig, weil es sie nicht gab. Doch das „labeling“ funktionierte trotzdem. Es machte es den Erkrankten einfacher, über ihre Beschwerden zu reden und es verhinderte unangenehmes Weiterfragen. Krankheit ist auch immer mit Schuld (neumodisch ausgedrückt: Eigenverantwortung) verbunden. An allem waren Trauma und Psyche schuld. Auch wenn die Beschwerden blieben, so wurde ein Name für sie gefunden, eine Kategorie, die als passend empfunden wurde und deren Label getragen werden konnte. Hier begegnen wir erneut Hackings Rückkopplungseffekten, diesmal ist es die Sicht der Individuen auf ihre Kategorisierung, ihr Etikett oder *label*. Sie konnten im übertragenen Sinn die kategoriale Schublade als Zufluchtsort nutzen.

Fast nebenbei schlich sich eine Selbstkontrolltechnik ein, denn die Flüchtlinge mussten verstehen und artikulieren, was in ihnen vorging, um es mit den erlernten Techniken zu modifizieren. Die inneren Vorgänge waren nur durch Selbstbeobachtung erfahrbar, durch ein In-sich-Hineinhören, befördert durch die Schilderungen anderer Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer, die ihre Gefühle und Beschwerden äußerten oder durch die Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die

Mustersymptome beschrieben und erklärten. Wer fühlt sich nicht sofort krank beim Auftreten eines unklaren Symptoms, wenn er dazu passend von seinen Mitmenschen oder sogar von Ärztinnen oder Ärzten alle möglichen Krankheiten und deren Komplikationen aufgezählt bekommt? Wer liest die Beschreibung möglicher Nebenwirkungen auf dem Beipackzettel eines Medikaments ohne zunehmendes „In-sich-Horchen“ und Warten auf Symptome? Dieses Phänomen wurde bereits durch die Flüchtlinge als Unbehagen in der Therapiegruppe beschrieben, wenn sie sich die Erlebnisse der anderen anhörten. Diese Erzählung verortete sie zum einen als „schwerer“ oder „nicht ganz so schwerer“ Fall in der Gruppe und verdeutlichte zum anderen die Vielfalt der Krankheitssymptome, die ebenfalls geschildert und mit der Krankheit Posttraumatische Belastungsstörung erklärt wurden. Alle Teilnehmenden erfuhren, dass es sie auch hätte schlimmer treffen können, aber auch, dass es noch schlechter werden kann. Und diese Angst vor der Verschlechterung ist kein zu unterschätzender Faktor. Er wurde von Herrn Imamović thematisiert: Ein Mann aus seiner Gruppe, der gesund aussah und nicht viel erzählte, starb. Das Entsetzen darüber und die Verbindung des Traumas mit dem Tod motivierte die gesamte Gruppe, intensiver über ihre Gefühle zu reden, damit diese keine gesundheitlichen Folgeschäden verursachten wie bei dem verstorbenen Gruppenmitglied.

In der Folge wurden sämtliche Regungen des Selbst, die innerhalb des Störungsbildes auftreten (können), ständig beobachtet. Das Abfragen der Symptome lenkte den Blick auf andere Beschwerden, die zuvor noch keine waren, weil sie nicht wahrgenommen wurden, jetzt aber als Teil der Krankheit erkannt worden waren. Nach der sogenannten Psychoedukation, in der das Funktionieren der Seele erklärt wurde, wurde sie zur Krankheit. So lernte Frau Avdagić, dass ihre Nervosität mit dem Trauma zu tun hatte. Die Zeichen der Krankheit mussten gelesen werden, um zu einem Text zu werden; das ist der Inhalt einer Psychotherapie: Krankheitseinsicht und -bewältigung. Das Innere, das Selbst, das Ich, der Geist, die Seele, kurz: das nichtkörperliche eines Menschen wurde modifiziert, wie es Rose (1990: 215 ff.) beschreibt, und ist damit integraler Teil von Hackings Gedächtnispolitiken (Hacking 1996). Diese durchziehen alle gesellschaftlichen Schichten und können unproblematisch für Mitstreiterinnen und Mitstreiter werben, weil sie einleuchtend sind, wissenschaftlich fundiert und vom guten Willen geleitet. Diese Verbindung mit dem Guten, dem Fortschritt, der Verbesserung sichert den Erfolg der neuen Techniken der Regulation und Selbstregulation und überdeckt die vagen Konstruktionen, die diesem Denken zugrunde liegen, die auf alltäglichen Beobachtungen in Kombination mit erklärenden Mutmaßungen fußen (vgl. Rose 1985: 18 ff. über den Beginn psychologischer Wissenschaft).

Nur ein Gesprächspartner sagte, dass es ihm heute gut gehe – und das ohne psychotherapeutische Erklärungen seiner Leiden. Er fand eigene und individuelle Bewältigungstechniken. So wies er zwar genauso alle Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf, hatte sich mit ihnen aber abgefunden und erfüllte somit das Kriterium der persönlichen Beeinträchtigung (E-Kriterium) nicht (mehr).

Denn eigentlich, wenn das so geblieben wäre, ich hätte es nicht aushalten können. Jetzt habe ich mich abgekühlt, jetzt geht es. Ich habe gesehen, ich habe die Sachen betrachtet, wie soll ich sagen? Ich habe die Dinge betrachtet, dass ich nichts tun kann. Du kannst nicht mit dem Kopf durch die Wand. Das heißt, finde dich mit dem Schicksal ab. Es ist, wie es ist. Ich habe mich geändert, wenn

ich getrunken hätte oder total zugrunde gegangen wäre, durchgedreht. Ich denke, dass ich verrückt war, als ich anfang, mit mir selbst zu reden. Mehrmals habe ich mich früher ertappt, ich denke nach und weg ist der Verstand. Du weißt nicht mehr nach Hause. Aber jetzt geht es mir super. Ich kann nicht klagen.<sup>pp</sup> (Herr Tomić)

Herr Tomić hatte mit der Situation seinen Frieden gemacht, aus der Notwendigkeit heraus, sich abfinden zu müssen. Er kam für sich zu dem Schluss, dass die Grübeleien, die Auseinandersetzung mit den Fragen und der Unsicherheit nichts änderten. Im Rückblick meinte er, damals verrückt gewesen zu sein, als er Abwesenheitszustände hatte und nicht mehr nach Hause fand.

So musste jede und jeder am Ende eigene Bewältigungsformen finden. Den Älteren gelang dies eher, da ihre Kinder zumeist eigenen Wegen folgten, sie weniger Verantwortung für deren Zukunft trugen und sich bereits auf Unterstützung seitens ihrer Kinder verlassen können. Herr Tomić und Frau Nuhanović waren meine ältesten Gesprächspartner, die auch beide mit einem gewissen Abstand auf die vergangenen Jahre schauten und in ihre Zukunft mit Erwartungen für ihren weiteren Ruhestand.

### **3.3.7 Arbeit als Therapeutikum**

Der Verlust war die eine, die Perspektivlosigkeit die andere Belastung, die vor allem die Jüngeren entmutigte und erniedrigte.

Und ja diese meine Trauer. Ich bin sehr traurig und ich habe mich sehr zurückgezogen. Vor dem Krieg war ich sehr aktiv. Ich hatte früher eine gute Arbeit, es ging morgens los. Ich habe meine Werte gezeigt. Aber hier kannst du es weder jemandem zeigen noch hast du Chancen, noch interessiert es jemanden. Ja du kannst putzen gehen. Dann fühlst du dich schlecht.<sup>qq</sup> (Frau Halkić)

Die Psychotherapien ersetzten keinen adäquaten Arbeitsplatz und die daraus resultierende Anerkennung für das Geleistete. Meine Gesprächspartnerinnen und -partner verbanden ihre Symptome vor allem mit der fehlenden Arbeit in Berlin. Diese Argumentation wird auch von ihren Unterstützerinnen und Unterstützern übernommen. So findet sich der folgende Satz ohne weitere Erklärung in einer Fußnote eines Textes eines Unterstützers: „Natürlich trug auch die weitaus höhere Erwerbstätigkeit von Flüchtlingen in Frankfurt a. M. und die damit verbundene bessere finanzielle Ausstattung und Gesundheit der Betroffenen zur Rückkehr nach Bosnien bei“ (Hohlfeld 2008: 295). Der Umkehrschluss hieße: Hätten die Flüchtlinge auch in Berlin arbeiten dürfen, wären sie auch nicht krank geworden und wären zurückgekehrt. In dieser Argumentation wird die fehlende Arbeit zum Traumatisierungsauslöser, zum A-Kriterium, dem traumatischen Erlebnis. Arbeitslosigkeit macht krank. So wird es sogar im „Lehrbuch für Psychotraumatologie“ von Fischer und Riedesser (1998: 315 ff.) klassifiziert. Laut den Autoren ist Arbeitslosigkeit den „man made disasters“ zuzuordnen, die im Gegensatz zu Naturkatastrophen vor allem mit Schuldfragen belegt sind, weil sie von Menschen ausgelöst wurden. Aber im strengen Sinn dürfte und könnte Arbeitslosigkeit nicht als potenziell traumatisierendes Ereignis gewertet werden, da es nicht außerhalb der „normalen menschlichen Erfahrung“ liegt, arbeitslos zu sein. Dieses Beispiel zeigt nochmals, wie stark wertend und kontextabhängig bereits die Definition potentiell traumatischer Ereignisse ist.

Von einer Verbindung zwischen Arbeitslosigkeit und Erkrankung waren auch die Berliner

Behandelnden überzeugt. Doch diese Verbindung wurde nie in konsequenter Art thematisiert, weil sie dem über den nachrangigen Zugang zum Arbeitsmarkt entscheidenden Arbeitsamt nicht vorwerfen konnten, die bosnischen Flüchtlinge durch die Verweigerung von Arbeitserlaubnissen zu traumatisieren. Rein theoretisch wäre eine solche Argumentation möglich gewesen. Es hätte aber gleichzeitig die Kriegserlebnisse der Flüchtlinge an die Erfahrung von Arbeitslosigkeit angenähert, denn beide Ereignisse können die gleiche Störung auslösen. Auch hätten dann viele arbeitslose Menschen die Diagnose erhalten und wären damit psychisch krank und möglicherweise nicht mehr arbeitsfähig.

Parallel dazu wurde Arbeit zum Heilmittel stilisiert. Damit begeben wir uns erneut in den Wirkungsbereich von Psy-Konzepten, diesmal nicht über Psychotherapie, die versucht fehlende Arbeit zu kompensieren, sondern über die therapeutische Wirkung von Arbeit selbst. Denn Arbeit ist seit der Entwicklung sozialer Sicherungssysteme nicht mehr ausschließlich notwendig, um den Lebensunterhalt zu sichern. Ihr wurden weitere positive Konnotationen gegeben: Zum einen dient sie zur Realisierung von persönlichen Wünschen und zum anderen zur sogenannten Selbstverwirklichung. Beide Entwicklungen sind ein Ergebnis des zunehmenden Einflusses der Arbeitspsychologie und ihrer langjährigen Umdeutungsprozesse zu Beginn des 20. Jahrhunderts.

Additionally work has been given wider, non-economic significance. Employment has become construed as an essential element in individual psychological health, family stability and social tranquility. Work is now seen as an imperative as much psychological as economic (Rose 1990: xi).

Die sozialen Normen, zu denen eine protestantische Arbeitsethik gehörte, schrieben sich in die Psy-Forschungen und Theorien ein. So regte ein Psychiater 1905 zur Prophylaxe von Unfallneurosen an, dass die Arbeitsmoral der Arbeiter gehoben werden solle (Fischer-Homberger 2004: 183), denn die Unfallneurose ermögliche ihnen, sich dem Arbeitsmarkt zu entziehen. Nach dem Ersten Weltkrieg wurde ein Arbeitszwang für „revolutionäre Psychopathen“ gefordert (Riedesser/Verderber 1996: 90) – gemeint waren politisch links stehende Arbeiter. An der Hebung der Arbeitsmoral waren auch Psy-Theorien im Rahmen der Arbeitspsychologie beteiligt, die die Arbeit als Selbstverwirklichung konstruierte und die Produktivität der Arbeiterinnen und Arbeiter zu steigern suchte (Rose 1990: 55 ff.). (Erwerbs-)Arbeit wurde als Raum für den Beweis des eigenen Wertes, wie es Frau Halkić beschrieb, strukturiert. So war Arbeit für die Flüchtlinge nicht nur ein Statussymbol, sondern auch ein Therapeutikum.

Solange ich gearbeitet habe, hat es mir nicht gefehlt. Denn ich hatte eine sehr gute Arbeit, ich war zufrieden mit meiner Arbeit. Ich war zufrieden mit meinen Arbeitskollegen, mit meiner Chefin. Ich habe in der Bibliothek gearbeitet, wo es sehr ruhig war. Es gab keinen Stress. Ich war wirklich zufrieden, die Therapie brauchte ich einfach nicht mehr, ich denke die Therapien, die Gruppentherapie brauchte ich nicht mehr. Ich gehe regelmäßig zu meinem Arzt, denn ich muss das machen, weil ich immer noch eine Therapie nehme, ich nehme Tabletten." (Frau Lisac)

Interessanterweise fand Frau Lisac die psychotherapeutischen Gruppengespräche überflüssig, solange sie Arbeit hatte, nicht aber die Tabletten, die für sie ebenfalls eine Therapie waren und die sie weiter einnahm. Erneut werden die Weite des Therapiebegriffs und die Bedeutung von Tabletten, denen weiterhin der Vorzug gegeben wurde, deutlich. Die therapeutischen Gespräche wurden für

Frau Lisac durch eine Arbeit überflüssig, weil sie sich auch auf der Arbeitsstelle austauschen konnte und durch eine Tätigkeit von Grübeleien abgehalten wurde. Ähnliches berichtete auch Herr Osmić über die Ergotherapie im Krankenhaus, die ihn von seinen Problemen ablenkte. Vor allem aber bestärkt eine gute Arbeit das Selbstwertgefühl. Eine gute Arbeit ist ein Statussymbol, weshalb sich Frau Halkić schlecht fühlen würde, wenn sie putzen ginge. Die Möglichkeit bestünde, doch es entspräche nicht ihrer Ausbildung.

Mit dem Verlust ihrer Arbeit begann Frau Lisac darüber nachzudenken, wieder in die Gruppentherapie zu gehen. Ähnlich ging es auch Frau Müller, die zum Interviewzeitpunkt bereits drei Jahre arbeitslos war und ebenfalls beabsichtigte, ihre Psychologin wieder zu kontaktieren. Psychotherapien sind für die beiden zu einer Bewältigungstaktik in Krisensituationen geworden, die sie in Berlin erlernt haben und die, ähnlich wie die Atteste, immer wieder angewandt werden. Mit dieser Taktik (Certeau 1988) führen sie jedoch das Therapieziel ad absurdum, denn eine Psychotherapie sollte zum Arbeiten und zur Teilhabe an der Gesellschaft befähigen. Sie nutzten hingegen die Therapie als Ersatz für fehlende soziale Kontakte und die Atteste, wenn sie sich erneut einem behördlichen Zwang entziehen wollten.

### **3.3.8 Krankheit als Normalität – Eine psychische Krankheit ist (k)eine psychische Krankheit**

*How do people make themselves up, as they act in ways that conform to, or stay away from, powerful classifications (Hacking 1999: 123)?*

Die Mehrzahl meiner Gesprächspartnerinnen und -partner versuchte sich mit der ihnen zugeschriebenen Rolle traumatisierter Kriegsopfer, die ihnen verschiedene Erleichterungen bot und schlussendlich den Aufenthalt ermöglichte, zu arrangieren. Doch die in der Diagnose und in ihrer zusätzlichen Verbindung mit dem Aufenthaltsrecht angelegten Widersprüche beschäftigten sie. Für die Mehrzahl der Flüchtlinge gab es nur zwei Optionen: Diagnose und psychotherapeutische Behandlung oder Rückkehr. Diese beiden Wahlmöglichkeiten verschmolzen zu einem Widerspruch, der nur selten so kontrastierend wie von Herrn Džaferović in seiner Absurdität thematisiert wurde:

Ich habe wirklich diese Psychiater gefragt, ob wir verrückt sind. Denn mir scheint es, dass es hier am wichtigsten ist, verrückt zu sein, damit du diese Duldung, den Aufenthalt bekommst. Aber nicht normal sein, um nichts mehr wert zu sein. Man musste zu nichts nutz sein, um einen Aufenthalt oder diese Duldung zu haben. [...] Ich war kein so großer Kranker, denn andere geben damit an, krank zu sein, weißt du. [...] Ich denke irgendwie, na gib Gott, dass sie mich morgen früh abschieben, auch wenn ich unten Hunger leiden würde, aber gesund wäre als hier krank zu sein und einen Aufenthalt zu bekommen. Ich denke, das ist vollkommener Unsinn. Ich war nie der, der sagt, ich gehe zum Arzt, ich bin in Behandlung, mir tut es hier weh, mir tut es da weh, das ist nichts für mich. Für mich war damals das Trauma: Ich konnte einfach nicht eine einfache Frage beantworten, die für mich war: Warum? Weshalb? Denn es ist Unsinn im 21. Jh. nicht wie ein Mensch auf Toilette gehen zu können. Ist es nicht so? Das ist ein ausreichendes Trauma. Was muss ich jetzt irgendwelche Tabletten nehmen, dass ich verrückt bin. Dann bin ich verrückt, ich bin nicht traumatisiert, ist es nicht so? Oder ich bin krank.<sup>ss</sup> (Hr. Džaferović)

Dabei war auch für Herrn Džaferović nicht ganz klar, was „traumatisiert“ heißen sollte, wenn es nicht verrückt bedeutete und keine Krankheit war. Oder war es eben doch eine Krankheit, die aber

alle haben, wenn sie etwas Schreckliches erlebten? Wieso ist es aber eine Krankheit, wenn man etwas Schlimmes erlebt hat? Und wieso bekommt man nur auf der Grundlage von Krankheitsattestierungen und nicht der Schilderung der Erlebnisse einen Aufenthaltstitel, wenn die Krankheit sich aus dem Erlebten herleitet? In dem Zitat von Herrn Džaferović kristallisieren sich die grundlegenden argumentativen Spannungen innerhalb der Posttraumatischen Belastungsstörung und ihre Rolle in den aufenthaltsrechtlichen Weisungen auch aufseiten der Betroffenen heraus. Wenn jemand eine außerordentlich einschneidende und erniedrigende Erfahrung gemacht hat, ist davon auszugehen, dass diese sie oder ihn noch weiterhin beschäftigt. Wäre es nicht so, würde dies ebenfalls Spekulationen über ihre bzw. seine seelische Verfasstheit nähren. Wenn die Flüchtlinge akzeptieren, dass solch ein Zustand „traumatisiert“ genannt wird, dann ist das eine durchaus brauchbare Erklärung für etwas, das sie vorher nicht kannten. Die Probleme jedoch begannen, sobald die Psy-Disziplinen auf den Plan traten, Psychopharmaka verordnet wurden, Psychotherapien begonnen wurden, Atteste auf der Ausländerbehörde vorgelegt werden mussten und Traumatisierte aufgrund der attestierten Krankheit und ihrer Behandlung einen Aufenthaltstitel erhielten. Somit waren plötzlich nicht mehr alle traumatisiert, die subjektiv empfanden, dass sich irgend etwas mit ihnen verändert hat. Sobald die Psy-Disziplinen involviert waren, wurden die Veränderungen mit psychischen Vorgängen erklärt und pathologisiert. Nur Kranke erhielten einen Aufenthaltstitel; damit stellte sich die Frage: Ist die Veränderung eine Krankheit oder eine normale Anpassung oder gar eine normale Krankheit?

Sobald die Krankheit direkt aus den Erlebnissen – und nicht den Symptomen – hergeleitet wurde, wie es im Fall von Herrn Džaferović als ehemaligen Lagerinsassen geschah, war dies sowohl normativ als auch stigmatisierend. Selbst wenn Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen den Patientinnen und Patienten gegenüber beteuerten, dass ihre Beschwerden „normale Reaktionen auf (extrem) unnormale Ereignisse“ sind (Maercker 1997: 68 und ähnlich auch Butollo/Hagl 2003: 25), so argumentierten sie doch den Behörden und Verwaltungen gegenüber, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung eine ernsthafte, mitunter lebensgefährliche Erkrankung ist. Hier war eine Reihe von Übersetzungen durch die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter zu leisten, um diese beiden Argumentationslinien zusammenzuhalten und gegenüber den Flüchtlingen und Verwaltungen anzuwenden. Auf diese Übersetzungen und Aushandlungen gehe ich insbesondere im letzten Kapitel ein. Für meine bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner blieben trotz erklärender Psychotherapien viele Fragen offen.

### **3.3.9 Behandlung sozialer Probleme**

Die meisten Hoffnungen und Erwartungen der Flüchtlinge, die ich am Anfang dieses Kapitels anhand der Lebenswelten beschrieben habe, wurden nicht erfüllt. Vor allem nach dem Ende des Krieges in Bosnien-Herzegowina blieb Unterstützung aus. Verständnis gab es nur vonseiten der Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie in den Beratungsstellen. So reagierten auch die von Brigitte Mihok interviewten Roma, die als bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge nach Deutschland gekommen waren, mit einem ungläubigen Lächeln, als sie zu ihrem Alltag gefragt wurden, „wen soll das denn interessieren?“ (Mihok 2001: 119). Nur die



Therapeutinnen und Therapeuten wurden (zumindest teilweise) dafür bezahlt, sich die Geschichten der Flüchtlinge anzuhören. So waren es vor allem Nichtregierungs- und Wohlfahrtsorganisationen, die zu Anlaufstellen für die bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge in Berlin wurden (vgl. auch BAFF 2006: 41; Birck et al. 2002: 12).

Herr Šeferović, ehemaliger Lagerinsasse, beschrieb diese Entwicklung:

Na es gibt jetzt faktisch gar nichts mehr. Sagen wir mal, wenn ich einen Rat brauche oder Hilfe, ich habe niemanden, an den ich mich wenden könnte. Ja als Lagerhäftling. Ich kann nur zum Rechtsanwalt gehen und den Rechtsanwalt mich vertreten lassen. Ja, ich denke, das ist traurig, aber das ist so. Es gibt einfach nichts. [...] Was ich weiß, zum Beispiel, so dieses Behandlungszentrum. [...] wann auch immer ich nach oben komme, das ist sicher, wenn ich Hilfe bräuchte, sie würden mir immer helfen. Aber so anderes, es gibt einfach niemanden." (Herr Šeferović)

Nur das Behandlungszentrum für Folteropfer blieb ihm seiner Meinung nach als Ansprechpartner bei Problemen. So wurden die Behandlungszentren zu Sozialberatungsstellen, wobei sie ursprünglich psychotherapeutisch intervenieren wollten. Mit der Verschärfung der Asylgesetzgebung Anfang der 1990er Jahre und einer restriktiveren Umsetzung des Ausländergesetzes wurde die psychologisch-medizinische Arbeit politisiert bzw. die Psy-Expertise wurde erst überhaupt in dieser gesellschaftlichen Sphäre benötigt. Was sich auf dem Sektor der Asylbewerberinnen und -bewerber entwickelte, weitete sich auf die Flüchtlinge aus. Dabei haben beide Gruppen anfangs Hilfe für konkrete nichtpsychische Probleme gesucht, wie ein unsicherer Aufenthaltsstatus, Wohnheimunterbringung oder Probleme mit der Sozialhilfe, die sie zu den Beratungsstellen führten. Erst später waren es die Therapiebesuche, weil es sich herumgesprochen hatte, dass diese bei den vielfältigen Problemen helfen konnten.

Früher war ich gesund, ich habe unten in Bosnien gearbeitet. Ich habe als Angestellte gearbeitet, ich kann mich nicht erinnern, beim Arzt gewesen zu sein, nur beim Zahnarzt und als ich die Kinder zur Welt brachte. Aber so, ja, ich habe 22 Jahre gearbeitet, 23 Dienstjahre habe ich unten. Ja, erst als ich herkam. Wir sind in den besten Jahren gekommen, haben aufgehört zu arbeiten. Wir konnten keine Arbeitserlaubnis bekommen, als wir kamen, zumindest wurden dann schon keine Arbeitserlaubnisse mehr mit der Duldung ausgegeben. Und dann kennen sie die Probleme, sie haben alles verloren, vertrieben in ein fremdes Land. Du kannst die Sprache nicht, du kennst die Rechte nicht. [...] Dann als sie anfangen uns zurückzuschicken, aber du hast kein wohin. Und so, ja mir hat es geholfen, dass ich hierbleibe wegen dieses Psychiaters, wegen der Medikamente, deshalb. Aber meinen Kindern hat das nicht helfen können. Meine Kinder mussten Deutschland verlassen. Weil sie volljährig herkamen, sie waren gesund, sie hatten keine Möglichkeit hierzubleiben. Deutschland hat nur Kranke und Minderjährige bleiben gelassen. [...] Als wir in den besten Jahren kamen, konnten wir arbeiten und alles, aber sie haben uns nicht arbeiten lassen. Jetzt können wir auch nicht mehr und ich suche auch keine Arbeit. Ich bin jetzt auf der Grundsicherung, na und jetzt, weiter wird es wie es wird. Mein einziger Wunsch ist es, dass ich noch hinreise meine Kinder zu sehen, dass ich sehe, wo sie leben, wie sie leben und so. Aber der Rest ist egal.<sup>uu</sup> (Frau Nuhanović)

Frau Nuhanović litt unter dem Verlust ihres alten Lebens und der Trennung von ihren beiden Söhnen. Was sie beschrieb, waren keine innerpsychischen Vorgänge, sondern reale Probleme, die sie mit ihrem Aufenthalt hatte, der verordneten Untätigkeit und der erzwungenen Weiterwanderung beider Söhne nach Kanada, wo sie nun lebten, arbeiteten und Familien gegründet haben. Zu psychischen Problemen wurden solche Leiden erst im Verlauf von Hilfesuche und Behandlung. Für die Flüchtlinge waren die lebensweltlichen Probleme, die Alpträume, die Arbeitslosigkeit, die

Nervosität, die Eheprobleme, Probleme mit dem Sozialamt, der Ausländerbehörde, der Wohnheimverwaltung und anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, alles zusammen *das Problem*. Sie sortierten nicht nach therapeutischen Zuständigkeiten. All diese Unzulänglichkeiten verbanden sich nahtlos zu einem „Sicht-schlecht-Fühlen“. Ihre Kanalisierung in ärztliche und vor allem in Psychotherapien beruhte auf gesellschaftlichen Gegebenheiten. Es gab nur wenige spezialisierte Anlaufstellen für Flüchtlinge und die Beratungsstellen, die es neben den Behandlungszentren gab, stellten ebenfalls Psychologinnen und Psychologen ein oder organisierten niedergelassene Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzte, die sich ehrenamtlich engagierten. Dies ist symptomatisch für eine Konzeptualisierung von Migrationserfahrungen, die zunehmend medizinisch verhandelt werden.

So ortete Peter Riedesser „[d]ie medizinhistorisch früheste Beschreibung der seelisch krank machenden Wirkungen einer befristeten Migration“ in der „Dissertation des Basler Johannes Hofer, der 1678 eine Krankheit beschreibt“, deren Symptome folgende waren: „dauernde Traurigkeit, alleiniges Denken an die Heimat, gestörter Schlaf und dauerndes Wachen, Abnahme der Kräfte, Verminderung des Appetits und des Durstes, Angstgefühle, Herzpalpitationen, beschleunigte Atmung, Stupor“ (Riedesser 1973: 163). Diese Befindlichkeit, die sehr an die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung erinnert, wurde von Riedesser als psychische Störung beschrieben, obwohl das von Johannes Hofer in seiner Dissertation beschriebene Phänomen bis ins 20. Jahrhundert hinein Nostalgie oder Heimweh hieß und auch noch heißt. In dieser Beschreibung wird aber der Paradigmenwechsel deutlich: Gefühle, die eine Migrationserfahrung begleiten *können*, wurden zu einer psychischen Störung. Neben dieser Tendenz, Befindlichkeiten von Migrantinnen und Migranten zu pathologisieren, wurde Migration an sich zu einem Krankheitsrisiko (vgl. Weiss 2003).

Wenn Migration gleichbedeutend mit Stress ist (ganz zu schweigen von einer erzwungenen Migration wie Flucht oder Vertreibung), so überrascht es nicht, dass an anderer Stelle zu lesen ist: „Traumatische Erlebnisse werden in der Migrationssituation viel stärker erlebt und führen leichter zu stärkeren Reaktionen oder Konsequenzen“ (Koptagel-Ilal 2002: 202). Migration verwirrt die Gefühle und deshalb muss für Einwandernde Hilfe von psychologischer und psychiatrischer Seite angeboten werden und nicht nur von Fachkräften der Sozialarbeit oder von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten. Am Ende sind alle Migrantinnen und Migranten sehr wahrscheinlich traumatisiert. Ein Beispiel für diese Annahme findet sich auf der Webseite des Psychosozialen Zentrums Halle für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt. Dort wird behauptet: „Migranten haben *in der Regel* schwere traumatisierende Erfahrungen gemacht – in ihrem Heimatland oder sogar hier in Deutschland [Kursives A. W.]“ (Psz-Halle, ohne Datum). Die Folgen von migrationsbedingten Veränderungen, die einmal als Heimweh thematisiert wurden, sind heute Risikofaktoren für ein intensiveres Erleben von traumatischen Erfahrungen, die „in der Regel“ alle Zugewanderten gemacht haben. Es scheint geradezu an ein Wunder zu grenzen, wenn eingewanderte Mitmenschen unter diesen Voraussetzungen nicht das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen.

Im Gegensatz zu den Krankheitskategorien und psychischen Beeinträchtigungen beschrieben meine

bosnischen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner ihre Probleme jedoch als tägliche Erfahrungen von Diskriminierung und Unzufriedenheit. Sie wollten Sicherheit für sich und ihre Kinder, die Sicherheit, zu bleiben oder in Würde zurückzukehren, um ein neues Leben aufbauen zu können. Aber für die in die Flüchtlingsarbeit Involvierten schien es keine besseren und anderen Unterstützungsstrukturen als Psychotherapien zu geben, so als würden sie die benötigte Sicherheit herstellen können. Deshalb nahmen sich psychologisch ausgebildete Fachkräfte der Flüchtlinge an. Im Ergebnis wurden die sozialen und konkreten Probleme der Flüchtlinge in Psy-Kategorien wie Stress und Trauma interpretiert, wobei die Spannungen zwischen konkreten Benachteiligungen und psychologischen Lösungsvorschlägen bestehen blieben. Die Flüchtlinge nahmen zwar psychiatrische und psychologische Hilfen in Anspruch, distanzierten sich aber davon, verrückt zu sein und wurden darin auch von den Therapierenden bestärkt. Sie hatten sich zwar verändert und waren nicht mehr die gleichen Personen wie vor dem Krieg, aber verrückt waren sie nicht. So empfahl Frau Nuhanović die Therapien mit folgenden Worten weiter:

Ich habe gesagt, dass sie sich nicht für verrückt halten sollen. [lacht] Dass es gut ist, zumindest in unserer Situation. Denn das, was wir erlebt haben, ein Mensch, der das nicht erlebt hat, kann das nur schwer verstehen. [...] Aber ja, die, die am Leben geblieben sind, jeder hat sich irgendwie auf seine Weise eingerichtet. Nur die Toten gibt es nicht mehr. Und Gott sei Dank sind meine Kinder am Leben, auch wenn sie am Ende der Welt sind, aber sie leben und sind gesund. Und das tröstet mich.<sup>vv</sup>

Die Therapie war zwar gut in ihrer Situation, aber jede bzw. jeder hat sich auch irgendwie selbst eingerichtet und abgefunden. Trotz der Besuche bei der Psy-Vertreterinnen und -Vertretern sollten sich ihre Freundinnen nicht für verrückt halten, denn es liege an der Situation. Ver-rückt waren nicht die Flüchtlinge, ver-rückt wurden ihr Selbstverständnis und ihre Zukunftsideale.

[Den Besuch bei der Psychiaterin bzw. beim Psychiater, A. W.] verstehe ich jetzt als normal, [...] dass ich gehen muss, dass ich es brauche und dass es wirkt, [...] dass es mir hilft. Das ist jetzt, jetzt ist das total normal. Aber das erste Mal! [lacht] Das erste Mal war es sehr schwer, aber ja, der Mensch gewöhnt sich an alles, an alles.<sup>ww</sup> (Frau Nuhanović)

Frau Nuhanović hat sich an die Besuche beim Psychiater gewöhnt, es wurde normal und hilfreich. Später im Gespräch machte sie aber auch klar, dass das Erhalten des Aufenthaltstitels und das damit verbundene Ende der Unsicherheit einen großen Einfluss auf ihr Befinden hatten.<sup>131</sup>

Wenn man einige dieser Probleme löst, ist es wirklich leichter, irgendwie ist der Mensch gesünder. Denn das Leben und die Gesundheit hängen sehr von den Problemen im Leben ab. Aber vor allem die Psyche. Denn das habe ich durch all diese Zeit, die ich hier bin, die ich hingehe und mich behandeln lasse, das habe ich begriffen, dass sich viele Probleme auf die Psyche auswirken.<sup>xx</sup> (Frau Nuhanović)

Das ist die neue Sichtweise der Flüchtlinge auf innerpsychische Zusammenhänge: Probleme machen krank. Sie wirken irgendwie auf das Innere, das nun Psyche genannt wurde, oder die Psyche selbst wirkt auf das Innere. Probleme hätten auch unglücklich machen können oder unzufrieden. Aber im Berlin der 1990er und 2000er Jahre war ein solches „Sich-schlecht-Fühlen“ für die Flüchtlinge eine Krankheit, genauer eine psychische Störung, die in die Zuständigkeit von

---

<sup>131</sup> Diese Sicherheit und nicht die Besuche bei Psy-Spezialistinnen und -Spezialisten ermöglichte ihr das Absetzen der Schlaf- und Beruhigungsmittel, die sie nur noch bei Bedarf nahm.

Psy-Vertreterinnen und -Vertretern fiel und behandelt wurde. Und die Behandlung fand statt, obwohl klar war, dass sie nicht heilte, sondern nur die Beschwerden neu interpretierte und der für die Flüchtlinge neuen Erfahrung einen Namen gab: Posttraumatische Belastungsstörung.

Eine Krankheit enthält Hinweise darauf, was eine Gesellschaft am meisten fürchtet, heißt es sinngemäß bei Post, den ich zu Beginn meines Kapitels zur Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (Post 2000: 249) zitierte. Krankheit ist das Gegenbild zur Normalität. Es wird zwar marginalisiert, ist aber notwendig, um Normalität zu definieren. Seitdem körperliche Erkrankungen in westlichen Gesellschaften durch Impfungen und gute Lebensbedingungen zurückgehen, nahmen die zu beobachtenden mentalen Missstände zu (vgl. S. 80). Sie sind die neuen Gegenbilder zur Normalität.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die durch den Flüchtlingsstatus begründeten Benachteiligungen und Probleme durch die Berliner Politik hingenommen und zum Teil noch verstärkt wurden – beispielsweise durch die Wohnheimunterbringung. Unerträglich und inakzeptabel waren diese Zustände nur, wenn es sich um traumatisierte Flüchtlinge handelte. Nur sie sollten eine bessere Behandlung erfahren, dafür engagierten sich Ärztinnen und Ärzte, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Psychologinnen und Psychologen, Politikerinnen und Politiker sowie diverse Beratungsstellen (Birck et al. 2002: 5). Sie hatten damit bei den Verwaltungen Erfolg, die Teil desselben gesellschaftlichen Klimas waren, in dem Traumatisierungen verstärkt thematisiert wurden und in dem immer mehr Menschen traumatisierte Verwandte und Bekannte in ihrem privaten Umfeld lokalisierten.

So gut diese Entwicklungen im Einzelnen für bestimmte Flüchtlinge, die Schreckliches durchgemacht hatten und mit Unterstützung und einem Aufenthalt rechnen konnten, auch waren, so sehr gaben sie aber auch Verhaltens- und Interpretationsmuster vor. Der extreme individuelle Verlust wurde in psychologische Kategorien verpackt, beispielsweise in eine Posttraumatische Belastungsstörung, medikamentös und mit Psychotherapie behandelt und damit wieder aus der Normalität der Mehrheitsgesellschaft ausgeschlossen. So schrieb beispielsweise Thomas Hohlfeld seitenweise über die Traumatisierten (2008: 207 ff.), fragte sie aber nicht nach ihren Erlebnissen und Ansichten, weil er kein Psychologe sei (Hohlfeld 2008: 560). Auf diese Weise wurden ihre Schilderungen aus dem normalen Alltag ausgeklammert und sie selbst in Therapien verwiesen. Über die Diagnose wurde individuell erfahrenes Leid auch vergleich- und kategorisierbar. Mit sehr unterschiedlichen konkreten Erlebnissen haben alle meine bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung erhalten und sind somit traumatisiert. Die daraus resultierende Austauschbarkeit nimmt Überlebenden ihre Stimmen und bewahrt die Gesellschaft vor ihren oft verstörenden Geschichten. Ihr Leid und der damit verbundene Schmerz sind aber gerade nicht vergleich-, austausch- und behandelbar.

## 4 Die behandelnden Psy-Vertreterinnen und -Vertreter

*Nichts ist subjektiver als ein ärztliches Gutachten und vor allem ein solches über Unfallneurosen!*

*(Windscheid 1905 in Fischer-Homberger 2004: 187)*

Die Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Disziplinen sind mit ihren Forderungen und Expertisen die lautesten und sichtbarsten Akteure in meinem Feld. Ihr Handwerkszeug, die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung, sowie ihre bosnischen Patientinnen und Patienten habe ich bereits dargestellt. Nun geht es um die Therapierenden selbst. Meine Ausführungen stützen sich auf Interviews mit acht Berliner Psychologinnen, Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiatern, meine Beobachtungen und Erfahrungen im Rahmen meines eigenen Beteiligtseins am Psy-Diskurs zu Posttraumatischen Belastungsreaktionen bei Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien und Publikationen zu Posttraumatischen Belastungsstörungen und andere psychische Störungen.

Während für die Flüchtlinge die Berliner Exilerfahrungen prägend waren, sie mit den gleichen Problemen konfrontiert wurden und sich ähnliche Lösungsmöglichkeiten für die Probleme auftaten, waren die Wege und Standpunkte ihrer Therapeutinnen und Therapeuten divers, obwohl ich mit weniger Therapeutinnen bzw. Therapeuten sprach als mit Flüchtlingen. Dieses unterschiedliche Verhältnis von Behandelnden zu behandelten Flüchtlingen trägt auch dem Umstand Rechnung, dass es mehr Flüchtlinge gab als Therapierende. Bei der Auswahl meiner Gesprächspartnerinnen und -partner habe ich darauf geachtet, dass sie sowohl unterschiedliche Institutionen wie auch niedergelassene Psychologinnen, Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater repräsentieren. Unter ihnen waren fünf Frauen und drei Männer. Zwei der Männer nahmen leitende Funktionen in Behandlungszentren wahr, der dritte war Herr Dr. B., der serbokroatisch sprechende Psychiater, um den es schon mehrmals ging. Im Feld der medizinischen Flüchtlingsarbeit sind überwiegend Frauen tätig, deshalb sind sie auch unter den von mir interviewten Psy-Vertreterinnen und -Vertretern in der Mehrzahl.

Die Länge der Gespräche variierte zwischen dreißig Minuten und zweieinhalb Stunden. Zwei Interviews fanden aufgeteilt in zwei je einstündige Termine – der üblichen Therapiesitzungslänge – zeitlich versetzt statt. Bis auf eine Ausnahme waren alle meine Gesprächspartnerinnen und -partner auf der jeweiligen Liste der Berliner Psychotherapeuten- bzw. Ärztekammer, auf denen alle Spezialistinnen und Spezialisten aufgeführt sind, die zum Schreiben von Stellungnahmen berechtigt sind, die von der Berliner Ausländerbehörde nicht angezweifelt werden (dürfen).

Meine Gesprächspartnerinnen und -partner besaßen verschiedene Qualifikationen und persönliche Hinter- und Beweggründe, sich in der Arbeit mit Traumatisierten zu engagieren. Für einen Ein- und Überblick beschreibe ich im Folgenden die Behandlungsmöglichkeiten in Berlin und verorte meine Gesprächspartnerinnen und -partner in ihr. Einen kurzen Überblick gibt die folgende Tabelle. Die darin verwendeten Abkürzungen für die Institutionen sind im Abkürzungsverzeichnis zu finden, die Institutionen selbst stelle ich im folgenden Abschnitt kurz vor:

Meine Gesprächspartnerinnen und -partner unter den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern:

Namens- kürzel	Institution	Nieder- lassung	Fach	Psychotherapierichtung	EMDR™	Interview
Frau A.	Südost	Ja	Psychologie	Psychoanalyse/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Nein	Okt 2005
Herr W.	BZFO	Ja	Psychologie	Gestalttherapie/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Nein	Sep 2005
Frau G.		Ja	Psychologie	Psychoanalyse/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Ja	Okt 2005
Herr Dr. B.		Ja	Medizin	keine	Ja	Okt 2005
Frau E.	AWO	Ja	Psychologie	Gestalttherapie (ohne Kassenzulassung)	Ja	Nov/Dez 2005
Frau R.	Südost	Ja	Medizin	Psychoanalyse/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Nein	Dez 2005
Herr K.	Xenion	Nein	Psychologie	systemische Familientherapie	Nein	Jan 2006
Frau P.	zfm	Nein	Psychologie	Psychodrama	Nein	Feb 2006

#### ***4.1 Die Berliner psychiatrischen und psychotherapeutischen Unterstützungsstrukturen für Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und -bewerber***

Die Berliner psychiatrischen und psychotherapeutischen Unterstützungsstrukturen für Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und -bewerber sind äußerst vielfältig und gut vernetzt, was den bosnischen Flüchtlingen zugute kam. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern weist Berlin räumlich begrenzt eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten auf, die alle in der Innenstadt liegen und gut zu erreichen sind. Für einen besseren Überblick ordne ich die Angebote vier Ebenen zu, die ich beschreibe. Diese sind: die Behandlungszentren, die Wohlfahrtsverbände, Vereine und niedergelassene Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen.

##### **4.1.1 Erste Ebene – die Behandlungszentren**

Berlin verfügt über zwei Behandlungszentren. Das ältere und kleinere ist Xenion e. V., dessen Leiter, Herr K., sich bereit erklärte, mir ein Interview zu geben. Darin ging es insbesondere um die Entstehung des Xenions und um die Arbeit mit Traumatisierten allgemein. Diese beiden Themen wurden von ihm wahrscheinlich schon mehrmals geschildert, denn er brauchte kaum Formulierungspausen bei seinen Ausführungen. Die Reflektionen über die Arbeit mit bosnischen Flüchtlingen im Speziellen waren offener und durch längere Pausen gekennzeichnet, ebenso wie seine Antwort auf meine Frage zu seiner persönlichen Motivation, mit Traumatisierten zu arbeiten. Xenion e. V. wurde 1986 gegründet und begleitet seitdem Asylsuchende, die in ihrem Herkunftsstaat gefoltert wurden, therapeutisch, unterstützt sie im Asylverfahren und ihrem sozialen Umfeld. Der Verein versteht sich als Menschenrechtsorganisation. Zu Beginn existierte eine

Psychotherapeutenstelle, später kam eine weitere Stelle hinzu. In den 1990er Jahren wuchs Xenion e. V. personell weiter; zuvor hatte er immer wieder mit finanziellen Engpässen zu kämpfen gehabt. Zum Zeitpunkt des Interviews gab es zwei feste Stellen, weitere Drittmittelstellen und eine Vielzahl von Honorarkräften, assoziierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie auch Psychiaterinnen und Psychiatern, die Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall betreuten. Neben Psychologinnen und Psychologen gehörten zum Mitarbeiterstamm Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Dolmetscherinnen und Dolmetscher auf Honorarbasis und eine Verwaltungskraft. Es wurden immer Praktikantinnen und Praktikanten gesucht. Finanziert wurde Xenion e. V. mit Geldern der Berliner Senatsverwaltung, die jedoch zunehmend durch EU-Projektmittel aufgestockt wurden sowie aus privaten Spenden. Die Räumlichkeiten von Xenion e. V. wurden durch das Diakonische Werk zur Verfügung gestellt, das jedoch nicht als Träger fungiert.

Herr K. erzählte, dass Xenion e. V. als Reaktion auf die unerträglichen Zustände in den Flüchtlingsheimen entstand, die die Flüchtlinge soziale und psychologische Hilfe suchen ließen. Bis zur Mitte der 1990er Jahre waren Folteropfer, die sich im Asylverfahren befanden, die primäre Zielgruppe des Vereins. Mit den Bürgerkriegsflüchtlingen änderte sich das. Einer Statistik auf der Vereinshomepage ist zu entnehmen, dass 2003 vor allem kurdische Folteropfer aus der Türkei bei Xenion e. V. Hilfe suchten und damit die Hauptklientel bildeten. Doch 39 Prozent der Patientinnen und Patienten waren Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien<sup>132</sup> und nur 30 Prozent aus der Türkei. In der Kategorie „Folteropfer“ stammten 8 Prozent aus dem ehemaligen Jugoslawien<sup>133</sup> und 52 Prozent aus der Türkei (Xenion a). Obwohl sich Xenion e. V. weiterhin auf die Behandlung und Unterstützung von Folteropfern konzentrierte, waren ein Großteil der in der Statistik aufgeführten Patientinnen und Patienten Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien, auch wenn diese Gruppe nicht explizit in der Selbstdarstellung auf der Homepage genannt wurde.

Von 2002 bis 2004 setzte Xenion e. V. Gelder des Europäischen Flüchtlingsfonds für ein Projekt mit dem Namen „Krisendienst“ ein. Es richtete sich unter anderem an: „von Abschiebung bedrohte(r) traumabedingt erkrankte(r) Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien“ und galt „der psychologisch/psychiatrischen Begutachtung von Trauma- und Folterfolgen“ (Xenion b). Zwei Psychologinnen wurden hierzu zusätzlich eingestellt, um psychologische bzw. psychiatrische Stellungnahmen zur Vorlage bei der Berliner Ausländerbehörde zu verfassen; dies dürfte auch der Grund für die hohe Zahl von Flüchtlingen in der oben zitierten Statistik sein.<sup>134</sup>

Xenion e. V. pflegt zahlreiche Vernetzungen und Kooperationen mit anderen Institutionen in Berlin, der Bundesrepublik und Europa. Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAFF) ist in den Räumlichkeiten von Xenion angesiedelt, womit auch deutschlandweit wichtige Impulse vom Xenion ausgehen und Informationen bei ihm zusammenlaufen.

Das zweite, größere und bekanntere Berliner Behandlungszentrum ist das Behandlungszentrum für Folteropfer, abgekürzt BZFO. Es wurde 1992 gegründet. Hintergrund war die Auseinandersetzung

---

<sup>132</sup> Aufsummiert aus folgenden Herkunftsregionen: Bosnien 17 Prozent, Kosovo 18 Prozent und Rest-Jugoslawien 4 Prozent (Xenion a).

<sup>133</sup> Davon 2 Prozent aus dem Kosovo und 6 Prozent aus Bosnien-Herzegowina (Xenion a).

<sup>134</sup> Über diese Begutachtungen wurde an der Freien Universität Berlin eine Diplomarbeit verfasst (Rafailović 2005).

mit der nationalsozialistischen Vergangenheit Deutschlands, wie es auf der Webseite des Zentrums geschildert wird ([www.bzfo.de](http://www.bzfo.de)). In einer anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Behandlungszentrums veröffentlichten Publikation wird zudem deutlich, dass es eine Gründung von Ärzten war – Xenion e. V. wurde im Gegensatz dazu von Psychologinnen und Psychologen gegründet. Obwohl Xenion bereits seit acht Jahren Flüchtlinge in Berlin und Refugio seit drei Jahren in Bremen (Refugio Bremen, undatiert) therapierten, behaupten Dr. Christian Pross und Dr. Sepp Graessner (die zwei ärztlichen Gründungsmitglieder des BZFO neben einem Journalisten) in der Einleitung, dass „eine Traumabehandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern eine ‚terra incognita‘ in Deutschland darstellte“ (Birck et al. 2002: 1). Der Gründungsverein, aus dem das BZFO hervorging, wurde stark von der Berliner Ärztekammer unterstützt. Dessen erste Aktion war eine Spendensammlung während des Golfkriegs, deren Erlös als Hilfsgüter in die kurdischen Gebiete des Iraks gesandt wurde. Der unerwartet große Erfolg der Spendenaktion verhalf den Initiatoren auch zu einer Vielzahl politischer Kontakte, die im Weiteren halfen, auf bundespolitischer Ebene eine Anschubfinanzierung für die Gründung des Behandlungszentrums zu erreichen (Birck et al. 2002: 2 f.).

Während der ersten Jahre war das BZFO innerhalb der DRK-Westendkliniken angesiedelt und zog 2005 in neue Räumlichkeiten im Krankenhaus Moabit um. Ich konnte mit Herrn W., dem ehemaligen stellvertretenden Leiter des Zentrums, sprechen. Kurz nach dem Umzug fand ein Leitungswechsel statt und Herr W. entschloss sich, sich als psychologischer Psychotherapeut niederzulassen. Er war während seiner Mitarbeit im BZFO aktiv in der Lobbyarbeit für bosnische Flüchtlinge in verschiedenen Berliner Gremien tätig, unter anderem am Runden Tisch des Bischofs der Evangelischen Kirche in Berlin-Brandenburg. Ich sprach mit ihm circa drei Monate nach seinem Ausscheiden aus dem BZFO. Seinen Entschluss sich niederzulassen begründete er mit strukturellen Veränderungen innerhalb des Behandlungszentrums, die ihm nicht mehr genügend Freiraum ließen, und mit einem Erschöpfungszustand nach der langjährigen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. In den neuen Räumlichkeiten des BZFO fand etwas später auch das Zentrum für Migrationshilfen (zfm) des DRK eine neue Bleibe und im BZFO einen neuen Träger. Beim zfm ist die Diplompsychologin Frau P. angestellt, mit der ich ebenfalls sprechen konnte. Das zfm erweiterte die Angebotspalette für traumatisierte Flüchtlinge und deren Familien.

Das BZFO ist als Poliklinik organisiert und hatte im Jahr 2007 25 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, eine eigene Bibliothek und eine Planstelle für Forschung. Im Gegensatz zu Xenion e. V. publizieren das BZFO und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter intensiv, und sind damit auch theoretisch tonangebend in der deutschen Landschaft der Behandlungszentren. Die ersten Publikationen des BZFO sind mit seinem früheren Leiter Dr. Christian Pross verbunden, der sich mit deutscher Psychiatrie während des Nationalsozialismus und den Entschädigungsverfahren jüdischer Überlebender im Nachkriegsdeutschland beschäftigte. In den 2000er Jahren widmeten sich die Publikationen der Mitarbeitenden des Behandlungszentrums vor allem der Lobbyarbeit für Traumatisierte und der Entwicklung von Standards zur psychiatrischen und psychologischen Begutachtung von Flüchtlingen und Asylbewerbern (BZFO 2008).

Das BZFO verfolgte von Anfang an sehr erfolgreiche Fundraising-Aktivitäten (ich kann nur



vermuten, dass das journalistisch geschulte Gründungsmitglied hier einen positiven Einfluss hatte), die ihm viele Privatspenden sicherten und zahlreiche Unterstützende aus Politik und Gesellschaft. So gehörten ein Mitherausgeber der Wochenschrift Die Zeit, zwei ehemalige Bundespräsidenten, ein ehemaliger Präsident der Industrie- und Handelskammer, ein Stiftungskuratoriumsvorsitzender, der Vizepräsident des Bundestages und der regierende Bürgermeister von Berlin zu den Unterstützern und Schirmherren, die auf der Homepage des BZFO ([www.bzfo.de](http://www.bzfo.de)) für die Arbeit des Behandlungszentrums werben. 2007 stellten mehrere Stiftungen Gelder für die Arbeit des BZFO zur Verfügung, die Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Herrn Dr. Pross an der Charité war geplant, wie im Rahmen der Einführung des Wissenschaftlichen Symposiums „Neue Erkenntnisse der psychobiologischen Traumaforschung – Brücke zwischen Natur- und Geisteswissenschaften in der Medizin?“ am 28.08.2006 in der Charité angekündigt (Nagel 2006).

Das BZFO arbeitet interdisziplinär, nicht nur psychotherapeutisch und ärztlich, was ihm leichter fällt als dem Xenion, da es mehr finanzielle Mittel und größere Räumlichkeiten zur Verfügung hat. Zu den Angeboten des Zentrums gehören ein interkultureller Garten und seit 2007 auch eine Wohngruppe für traumatisierte Frauen. Das BZFO forscht selbst, bildet Psychologinnen und Psychologen innerhalb der Praxisphase der Ausbildung zu psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Psychologin/Psychologe im Praktikum, PiP) aus, bietet Weiterbildungen, sowohl für Psychotherapeutinnen und -therapeuten als auch für Flüchtlinge, und für Letztere auch eine Rechtsberatung über das Zentrum für Migrationshilfen (zfm) an. Die erfolgreiche Mitteleinwerbung sichert weitere finanzielle und ideelle Unterstützung und die Präsenz im Feld der Traumaforschung und Flüchtlingsarbeit durch öffentlichkeitswirksame Konferenzen mit internationalen Gästen (wie am 8/9.12.2005 im Tacheles oder am 28.08.2006 in der Charité) und die bereits erwähnten zahlreichen Publikationen.

Seit Februar 2008 existiert ein Kooperationsvertrag mit der Charité, die die Tagesklinik im BZFO unterstützt und sie damit zu einem Teil der Regelversorgung und gleichzeitig über die Krankenkassen abrechenbar macht (Endele 2008). Es ist ein weiterer Schritt aus der Ecke eines Vereins und einer Nichtregierungsorganisation heraus in Richtung Integration ins reguläre Gesundheitssystem, einem erklärten Ziel des BZFO (Birck et al. 2002: 5). Beide Behandlungszentren kooperierten und waren unumstrittene Experten in der Stadt, wenn es um Traumafolgeschäden bei Folteropfern und Flüchtlingen vor allem auch bei aufenthaltsrechtlichen Fragen ging.

#### **4.1.2 Zweite Ebene – psychologische Angebote bei Trägern der Wohlfahrtspflege**

Neben den beiden Behandlungszentren, die die Behandlung von traumatisierten Folteropfern, aber auch Flüchtlingen, als ihren Auftrag verstanden, gab es Behandlungsmöglichkeiten bei Trägern der Wohlfahrtspflege. In den 1990er Jahren wurden in den etablierten Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten, die sich zuvor vor allem an Gastarbeiterinnen und -arbeiter, später auch an Asylbewerberinnen und -bewerber wandten, Psychologinnen und Psychologen eingestellt. Eine erste solche Psychologinnenstelle wurde bei der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Neukölln

eingerrichtet, die seit 1993 Personalmittel für die Betreuung von Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien von der Berliner Senatsverwaltung erhielt (Abgeordnetenhaus Berlin 02.11.1993). Die Frauenberatungsstelle bestand bereits seit 1991 und wurde zu einem wichtigen Anlaufpunkt für jugoslawische Flüchtlingfrauen. Hier wurden die Kinder betreut und den Müttern Gespräche angeboten. Angestellt waren Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die als Sozialarbeiterinnen, Erzieherinnen und Psychologinnen ausgebildet waren. Sie versuchten, ihre Landsleute in der Fremde zu unterstützen und den Wahnsinn des Krieges in der Heimat erträglich zu machen. Wenige Zeit später, als sich abzeichnete, dass die Diagnose und Therapie einer Posttraumatischen Belastungsstörung half, die Duldung zu verlängern, wurden (Gruppen-)Therapien angeboten. Zuvor mussten jedoch die angestellten Psychologinnen ihre Abschlüsse anerkennen lassen und zusätzliche Qualifikationen erwerben, die sie zur Attestierung für deutsche Behörden autorisierten. Frau E., die seit dem Ende der 1980er Jahre bei der AWO angestellt war und die Entstehung und Etablierung der Frauenberatungsstelle begleitet hat, sprach mit mir über ihre Erfahrungen in der Arbeit mit traumatisierten Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Zwar hatte Frau E. bereits in Zagreb Psychologie studiert, doch die Anerkennung ihres Abschlusses nahm zwei Jahre in Anspruch. Während dieser Zeit konnte sie nur als Erzieherin bei der AWO arbeiten. Mit der Anerkennung ihres Diploms bot sie psychologische Beratungen an. Nach der Zusatzausbildung zur Gestalttherapeutin begann sie, therapeutisch mit Gruppen und Einzelpersonen zu arbeiten.

Die Berliner AWO war mit der Schaffung von Psychologinnen- und Psychologenstellen als Reaktion auf den antizipierten Bedarf bei Zugewanderten nicht allein. Der zweite Träger in Berlin, der eine solche Stelle für die psychologische Beratung und Therapie von Flüchtlingen schuf, war das Deutsche Rote Kreuz (DRK) in seinem Zentrum für Migrationshilfen (zfm), das im August 2005 in die Trägerschaft des BZFO wechselte. Frau P. arbeitete seit den 1980er Jahren für das Rote Kreuz als Erzieherin in Flüchtlingswohnheimen. Sie stammt aus der Tschechoslowakei und erlernte Serbokroatisch von den Flüchtlingen, die in den Wohnheimen untergebracht waren. Neben ihrer Arbeit studierte sie Psychologie und absolvierte danach eine Ausbildung in Psychodrama. Nach dem Abschluss ihres Studiums bewarb sie sich auf die neu eingerichtete Psychologinnen- und Psychologenstelle beim DRK und erhielt sie.

Mit ihrer Weiterqualifizierung zur Psychotherapeutin begann auch sie, Gruppentherapien anzubieten. Die Beratungsstelle des Roten Kreuzes entwickelte sich analog zu der der Arbeiterwohlfahrt: Mit der Zusatzausbildung der angestellten Psychologin zur Psychologischen Psychotherapeutin war ein Übergang von Beratungsgesprächen zu (Gruppen-)Therapien verbunden. Obwohl das zfm nicht auf eine Herkunftsregion spezialisiert war (wie die Frauenberatungsstelle der AWO), kamen vor allem bosnische Flüchtlinge und später auch Kosovarinnen und Kosovaren, sodass es Therapiegruppen für albanisch und serbokroatisch Sprechende gab, die zumeist von ehrenamtlichen Dolmetscherinnen und Dolmetschern unterstützt wurden. Auch beim DRK war die Nachfrage nach Therapien und Stellungnahmen bald nicht mehr von einer Psychologin zu bewältigen und es wurde eine zweite Psychologinnenstelle geschaffen. Eine Zeitlang gab es sogar eine dritte Teilzeitstelle. Daneben gab es je eine Stelle für Sozial- und Rechtsberatung.<sup>135</sup> Die

---

<sup>135</sup> Eine zweite sich ausschließlich Flüchtlingen und Asylbewerbern widmende Rechtsberatungsstelle gab es bei

Kombination aus Sozial-, Rechtsberatung und Psychotherapie war in Berlin einmalig. Beim zfm erhielten die Flüchtlinge sozusagen eine Rundumbetreuung und konnten direkt aus einem Beratungsgespräch ins nächste geschickt werden, oder die betreffenden Spezialistinnen und Spezialisten konnten hinzugerufen werden. Alle drei Stellen – Rechts-, Sozial- und psychologische Beratung – arbeiteten eng zusammen. Die Behandlungszentren hingegen haben zwar Sozialberatungen, aber keine ständige Rechtsberatungsstelle wie das zfm. Trotz dieses erfolgreichen Konzeptes gab es gravierende finanzielle Schwierigkeiten zu Beginn des neuen Jahrtausends. Frau P. bemühte sich mit Unterstützung der Verwaltungskräfte, die zuständigen Sozialämter<sup>136</sup> der Flüchtlinge, oder – allerdings bei einem kleineren Teil – die zuständigen Krankenkassen, zur Vergütung der Psychotherapien zu bewegen. Das war auch einmalig in Berlin, denn normalerweise wurden Therapien und Stellungnahmen durch die Trägervereine bezahlt, aus Projektgeldern bestritten oder gar nicht finanziert, wenn es sich um ehrenamtliche Arbeit handelte. Der finanzielle Ruin des zfm konnte etwas hinausgezögert, aber nicht abgewendet werden. Im Jahr 2005 trennte sich das DRK vom zfm,<sup>137</sup> das dann im August 2005 im Behandlungszentrum für Folteropfer einen neuen Träger fand und dort in neuen Räumlichkeiten seine Arbeit fortsetzen konnte. In den letzten Jahren wurden mehrere Schulungskurse für (traumatisierte) Migrantinnen und Migranten aus EU-Mitteln finanziert, die den Betroffenen einen Einstieg in den Arbeitsmarkt ermöglichen sollten.

#### **4.1.3 Dritte Ebene – psychologische Angebote ohne Trägerschaft**

Es war schon mehrmals vom Südost die Rede, der eine Sonderstellung einnimmt, denn er ist ein Kulturverein. Der Südost Europa Kultur e. V. wurde 1991 mit dem beginnenden Zerfall

---

„Asyl in der Kirche“, einem Projekt der Kreuzberger Gemeinde Zum Heiligen Kreuz. Die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter riefen auch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiatern an, um ihnen zu erklären, was in den Attesten stehen muss. Das berichtete Frau R. im Gespräch. Die Rechtsberatungsstelle von „Asyl in der Kirche“ beschäftigte eine Rechtsanwältin, die Serbokroatisch sprach und – wie eingangs erwähnt – Thomas Hohlfeld, aus dessen Dissertation ich oft zitiere.

<sup>136</sup> Die bosnischen Flüchtlinge waren in der Regel nicht gesetzlich krankenversichert, da sie seit ihrer Ankunft auf öffentliche Leistungen angewiesen waren. Die zuständigen Sozialämter finanzierten die Behandlungen direkt. Das erschwerte die medizinische Versorgung, denn vor jedem Arztbesuch mussten sich die Flüchtlinge von der zuständigen Sachbearbeiterin oder dem zuständigen Sachbearbeiter einen sogenannten „Kostenübernahmeschein“ ausstellen lassen. Dabei musste angegeben werden, welche Beschwerden bestanden und welche Fachärztin oder welcher Facharzt aufgesucht werden sollte. Logischerweise gab es Fälle von Verweigerungen solcher Kostenübernahmescheine und damit eine eingeschränkte medizinische Versorgung, denn nicht alle Leistungen sollten bewilligt werden. Zum Beispiel sollten Flüchtlinge nicht ihre Zähne auf Kosten des Sozialamtes sanieren können (Abgeordnetenhaus Berlin 21.01.1993: 3527A,B,C). In der Regel wurden die Kostenübernahmescheine aber ausgestellt, vom Flüchtling den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten ausgehändigt, die dann wiederum die entstandenen Behandlungskosten direkt mit dem zuständigen Sozialamt abrechneten. Das bedeutete mehr Verwaltungsaufwand für die Ärztinnen und Ärzte (und einige weigerten sich Patientinnen und Patienten mit Kostenübernahmescheinen zu behandeln) und hohe Kosten für die Sozialämter, die nicht nur vergleichsweise preiswerte Allgemeinarztbesuche, sondern auch Operationen und Krankenhausaufenthalte bezahlten. Ab 2002 ging man dazu über, Flüchtlinge zu Mitgliedern in gesetzlichen Krankenversicherungen zu machen und anstelle der Behandlungskosten die Mitgliedsbeiträge zu bezahlen.

<sup>137</sup> Eine Entscheidung, die nicht nur mit fehlenden Finanzen zu tun hatte. Seit 2004 bauten die Träger der Wohlfahrtspflege ein Betreuungsnetz auf, in dem die gleichen Beratungsangebote nicht doppelt und dreifach von verschiedenen Trägern angeboten werden. Deshalb wurden Beratungsstellen geschlossen, die Beratungslandschaft homogener bzw. dünner, und die Konkurrenz zwischen den Wohlfahrtsverbänden um Zuständigkeiten und Finanzen größer.

Jugoslawiens von seiner späteren Leiterin Bosiljka Schedlich gegründet und wollte mit Kulturarbeit dem zunehmenden Nationalismus begegnen (Südost 2002). Im Verlauf der Kriegsjahre wurde das Südost-Zentrum, wie es auch genannt wurde, wortwörtlich zum Zentrum und zur Anlaufstelle für Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, gleich welcher Nationalität, welchen Alters oder soziokulturellen Hintergrunds. Von der Analphabetin bis zum Hochschulprofessor, vom Kind bis zum Greis, von Roma bis bosnischer Rumänin – alle Gruppen und Einzelpersonen waren immer herzlich willkommen und dafür war vor allem die charismatische Frau Schedlich verantwortlich, die alle nur Bosiljka nennen. Sie schaffte es, finanzielle Mittel beim Berliner Senat einzuwerben und so den Verein zur Koordinierungsstelle für Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien zu machen.<sup>138</sup>

Sie unterstützte jegliche Art von Eigeninitiative, stellte Räumlichkeiten zur Verfügung, vernetzte und vermittelte. Im Gespräch mit mir erzählte sie vom Anfang der Flüchtlingsarbeit im Südost: Eigentlich war diese nicht geplant, doch die Flüchtlinge kamen einfach und wollten mit ihr reden und sie hörte ihnen zu. Es kamen immer mehr und standen vor ihrem Büro an, um mit ihr zu sprechen, ihr ihre Flucht- und Leidensgeschichten zu erzählen. Daraufhin entschloss sie sich, eine „Redegruppe“ zu gründen. Die ehemaligen Lagerinsassen hatten schon selbst eine solche Gruppe in den Räumlichkeiten des Südost organisiert, in der sie sich trafen und erzählten. Die zweite „Redegruppe“ stand allen offen.<sup>139</sup> Mit der Zeit kam Frau Schedlich zu der Überzeugung, dass psychologische Anleitung notwendig war.

Und die, die herkamen, natürlich sind sie überwiegend – nicht immer – vor allem wegen der Therapie gekommen. Sie sind gekommen, um zu sehen, welche Hilfe sie bekommen können. Eine Hilfe ist ein Deutschkurs, eine Hilfe ist eine bessere Unterbringung in einem Wohnheim, denn man hat das hier gemacht, aber auch Therapie. Denn Bosiljka hat mit all ihnen gesprochen und gefragt, woher seid ihr, wie groß ist die Familie, was seid ihr, wo wart ihr. Und die Leute, wenn sie zum Beispiel sagen, dass sie aus Sarajevo sind oder was weiß ich, aus Bihać oder so, solche Orte, die bekannt dafür waren, den Kriegseignissen ausgesetzt zu sein. Dann nimmt man an, dass sie solche Hilfe brauchen. Und sie schlägt es ihnen vor, wenn es sie gibt. Und normalerweise gab es sie für solche.<sup>yy</sup> (Herr Kapić)

Herr Kapić war einige Jahre ehrenamtlich beim Südost tätig und hat viel über diese Arbeit im Interview erzählt. Mit zunehmenden Problemen der Flüchtlinge mit den Behörden wurde eine Sozialberatung eingerichtet und im Rahmen einer Kooperation mit der Beratungsstelle „Asyl in der Kirche“ begonnen, einmal wöchentlich eine Rechtsberatung im Südost anzubieten. Zudem kontaktierte Frau Schedlich beide Berliner Behandlungszentren, um dort um psychologische Unterstützung zu bitten, und fragte eine Psychotherapeutin, ob sie mit ihr eine Frauengruppe leiten wolle. Die Psychologin war Frau A., die ich interviewen konnte. Sie wandte sich ans Südost, weil sie eine Patenschaft übernehmen wollte, nachdem sie eine Reportage über den ersten

<sup>138</sup> Siehe Berliner Abgeordnetenhaus 14.10.1994; 25.03.1993; 31.08.1993; 21.10.1993 und 02.11.1993 zur Einrichtung eines psychosozialen Selbsthilfeprojektes im Südost und einer Koordinierungsstelle. Frau Schedlich erwähnte im Gespräch nicht die initiierte Finanzierung durch die Berliner Senatsverwaltung, sondern deren Mittelkürzungen ab dem Jahr 2001.

<sup>139</sup> Wahrscheinlich erwähnt Hajo Funke in seinem Buch diese Gruppe, die 1997 gegründet wurde (Funke/Rhotert 1999: 299). Davor gab es auch schon psychosoziale Selbsthilfegruppen, wie die gerade zitierten Anträge und Mitteilungen des Berliner Abgeordnetenhauses nahe legen. Sie hatten aber noch keine externe Anleitung wie Herrn Funke oder später Frau A..

Nachkriegswinter in Bosnien gesehen hatte. Frau A. willigte ein, eine Therapiegruppe zu leiten, in der Frau Schedlich dolmetschte und ihr Ehemann ihr dabei half, Stellungnahmen für die Ausländerbehörde für die Frauen aus der Gruppe zu verfassen. Die Stellungnahmen waren bereits notwendig und das Anleiten einer Therapiegruppe schon offensichtlich mit dieser zusätzlichen Schreibarbeit verbunden. Das Zitat von Herrn Kapić verdeutlicht, dass die Flüchtlinge in Therapie geschickt wurden, weil es sich von selbst verstand, dass Leute aus bestimmten, vom Krieg besonders betroffenen Gebieten Therapien bräuchten. Für solche „schweren Fälle“ gab es auch immer Plätze.

So begann die psychotherapeutische Arbeit im Südost, die bis heute andauert. In Spitzenzeiten bestand die Therapiegruppe aus bis zu 80 Frauen. Um die Gruppe zu verkleinern, suchte Frau A. Kolleginnen und Kollegen, die kleinere Gruppen übernehmen konnten. Diese Suche gestaltete sich sehr schwierig, wie sie schilderte. Sie stieß teilweise auf Ablehnung und am Ende fanden sich nur Kolleginnen, die Teilgruppen übernahmen. Daraus ging ein Kreis von Psychotherapeutinnen und -therapeuten um das Südost hervor, in dem sich niedergelassene und in Behandlungszentren tätige Psychotherapeutinnen und -therapeuten regelmäßig über ihre Therapieerfahrungen mit Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien austauschten.

Im Jahr 2000 wurde zudem ein deutsch-bosnischer Fachaustausch zwischen Therapeutinnen und Therapeuten in Berlin und in bosnischen Städten initiiert. Das ermöglichte vielen Berliner Behandelnden, die bereits jahrelang Bosnierinnen und Bosnier therapeutisch begleitet hatten, selbst einmal in das Herkunftsland ihrer Patientinnen und Patienten zu reisen. Diese Eindrücke waren für viele sehr prägend, denn Reisen in die Herkunftsländer von Patientinnen und Patienten sind für die meisten Therapeutinnen und Therapeuten etwas Ungewöhnliches. Frau A. sprach von einer „Landkarte des Schreckens“, die sich vor ihr aus den Erzählungen der Flüchtlinge entfaltete, wenn sie deren Wohnorte, Fluchtwege und Zwischenstationen auf einer Bosnienkarte nachverfolgte.<sup>140</sup> Sie hatte bei ihrem Besuch in Bosnien das Gefühl, bestimmte Städte zu kennen, aber eben nur zu Kriegszeiten. Auf den zwei Reisen konnten die Therapeutinnen und Therapeuten viele Orte des Geschehens selbst kennenlernen.

Der Südost e. V. war weiterhin ein Zentrum vielfältiger Aktivitäten. Jahrelang wurden Jugendliche unterrichtet, die wegen ihres Duldungsstatus nach einem Realschulabschluss keine berufliche oder schulische Perspektive in Berlin hatten, da Arbeit, Ausbildung und Studium untersagt waren. Deutschkurse gehören zum Standardangebot. Es gab kulturelle Veranstaltungen wie Lesungen, Ausstellungen und Vorträge, eine Tanzgruppe und einen Chor. Ein neueres Projekt ist ein interkultureller Rosengarten am Gleisdreieck. Die meisten dieser Aktivitäten basierten auf ehrenamtlichem Engagement. Der Berliner Senat reduzierte seit 2001 seine Finanzierung zunehmend, sodass auch der Südost e. V. immer wieder mit finanziellen Engpässen zu kämpfen hatte und zunehmend private Spenderinnen und Spender zu gewinnen suchte.

Zur dritten Ebene von Institutionen ohne Trägerschaft gehörte auch das Islamische Kulturzentrum

---

<sup>140</sup> Das Nachverfolgen auf dieser, eigens für das Verfassen der Atteste angeschafften, Bosnienkarte war notwendig, um konsistente und in sich logische Fluchtbeschreibungen im Rahmen der Stellungnahmen darzustellen, die von der Ausländerbehörde nicht (mehr) angezweifelt werden konnten.

der Bosniaken in Berlin e. V., das ich hier nur kurz erwähnen möchte, weil es auch psychotherapeutische Angebote vorhielt. Bei einer Recherche hierzu fand ich kaum konkrete Informationen. Ich hatte zuvor von einzelnen Frauen gehört, dass sie „in die Moschee“, wie das Kulturzentrum von Bosnierinnen und Bosniern selbst zumeist genannt wird, in eine Therapie gingen. Frau Avdagić war beispielsweise erst hier in Behandlung und später beim zfm. Eine Publikation des Berliner Beauftragten für Integration und Migration (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2007: 25) nennt das psychotherapeutische Angebot für Kriegstraumatisierte explizit. Verantwortlich war der „Verein der traumatisierten Frauen aus Bosnien und Herzegowina ‚Srebrenica‘ e. V.“, der dieses Angebot für Frauen in den Räumlichkeiten des Moscheevereins bis mindestens 2005 organisierte („Srebrenica“ e. V. 2005). Die Therapien fanden mit Dolmetschenden statt. Wahrscheinlich wurden – ähnlich wie im Südost – niedergelassene Psychotherapeutinnen gefunden, die die Therapien anboten. 2007 habe ich von einer Bosnierin gehört, dass sie nicht mehr in die Gruppentherapie ginge, weil ein Unkostenbeitrag erhoben würde und sie das Geld dafür nicht hätte. Auf der offiziellen Seite des Islamischen Kulturzentrums der Bosniaken ([www.ikc-berlin.de](http://www.ikc-berlin.de)) findet sich leider kein Hinweis auf die psychotherapeutischen Angebote in den Vereinsräumen.

#### **4.1.4 Vierte Ebene – die niedergelassenen Psychiaterinnen, Psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten**

Neben den zuvor beschriebenen Institutionen, die die psychiatrischen und psychologischen Unterstützungsstrukturen für bosnische Kriegsflüchtlinge in Berlin maßgeblich prägten, gab es niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die sowohl Therapien anboten als sich auch oftmals politisch für die Flüchtlinge engagierten. Neben Frau A., die ich schon im Zusammenhang mit dem Südost e. V. vorgestellt habe, sprach ich mit Frau R., die Psychiaterin und Psychotherapeutin ist. Sie erlernte mit den Flüchtlingen Serbokroatisch, als sie noch in einem Berliner Krankenhaus tätig war. Seit 1998 war sie als niedergelassene Psychiaterin tätig und wurde von den Flüchtlingen förmlich „überrieselt“. Der Ansturm übertraf ihre Erwartungen und bald konnte sie keine weiteren Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen. Neben ihrer Arbeit als niedergelassene Psychiaterin leitete sie mit einer Kotherapeutin eine Kleingruppe im Südost e. V..

Die Person mit der größten politischen Brisanz unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten war Herr Dr. B., den ich auch bereits erwähnte. Er war seit den 1970er Jahren in einer eigenen Praxis als Psychiater tätig und stammt aus Belgrad.<sup>141</sup> Bei ihm war die Mehrzahl der bosnischen Flüchtlinge in psychiatrischer Behandlung und dieser Umstand veranlasste die Berliner Innenverwaltung anzunehmen, dass er sogenannte Gefälligkeitsatteste ausstellen würde. Er

---

<sup>141</sup> Da er keinen typischen jugoslawischen Nachnamen trägt, gingen die meisten Patientinnen und Patienten davon aus, dass er Bulgare sei. Herr Imamović sprach von ihm als „Bulgaren, der unsere Sprache gut spricht“. Auch in einer Ausschussdebatte im Berliner Abgeordnetenhaus wurde behauptet, Herr Dr. B. wäre Bulgare und deshalb könnten sich die Flüchtlinge auch nicht besser mit ihm verständigen als mit deutschsprachigen Psychiaterinnen und Psychiatern (Abgeordnetenhaus Berlin 06.07.2000: 11). Das zeigt, wie sehr die Gerüchteküche auch im Parlament kochte, Informationen nicht nachrecherchiert und die Sprachproblematik ausgeblendet oder nicht ernst genommen wurde.

attestiert seinen bosnischen Patientinnen und Patienten sehr früh eine Posttraumatische Belastungsstörung, denn er kannte die Symptome, wie er im Interview sagte. Er hatte bereits in den 1960er Jahren als junger Arzt in einem Berliner Krankenhaus Überlebende von Konzentrationslagern und Wehrmachtsoldaten, die an der Ostfront gekämpft hatten, behandelt oder begutachtet.

Zudem habe ich mit Frau G. gesprochen, einer psychologischen Psychotherapeutin aus Belgrad, die seit dem Ende der 1980er Jahre in Berlin lebt. Sie war im Gegensatz zu meinen anderen Gesprächspartnerinnen und -partnern nicht in weiteren Gremien zur Flüchtlingsarbeit aktiv und hatte deshalb trotz ihrer Sprachkenntnisse nicht viele bosnische Patientinnen und Patienten. Ihre Erfahrungen illustrieren, dass das Engagement in der Flüchtlingsarbeit eine wichtige Voraussetzung war, um von den Flüchtlingen aufgesucht zu werden. So war Herr Dr. B. zum Beispiel Mitglied im Berliner Flüchtlingsrat, Frau A. versuchte eine „Psychotherapeutische Versorgung in Institutionen“ über die Berliner Psychotherapeutenkammer zu etablieren, Frau R. war Mitglied im „Arbeitskreis Gesundheit und Menschenrechte“ der Berliner Ärztekammer (an dem auch die zwei Berliner Behandlungszentren beteiligt waren), beide Frauen waren Mitglieder des Kreises von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, der sich im Südost e. V. gegründet hatte.

Zusätzlich zu diesen vier niedergelassenen Vertreterinnen und Vertretern der Psy-Disziplinen waren einige Psychologinnen und Psychologen, die in Institutionen der Flüchtlingsarbeit arbeiteten, auch als niedergelassene psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, wie Frau E. oder Herr W., tätig. Nur Frau G., die zwar Kontakte zum Südost hatte, weil das ihr „Heimatverein“ wäre, berichtete von keinen weiteren Aktivitäten und Vernetzungen im Bereich der Flüchtlings- und Menschenrechtsarbeit. Sie stand zwar auf der Liste der Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des Landes Berlin, hat aber nur wenige Klientinnen und Klienten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Das bedeutet, dass die niedergelassenen Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzte ein gewisses Interesse und Engagement für (traumatisierte) Flüchtlinge haben mussten, um in die Netzwerke zu finden, die sich für Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und -bewerber einsetzten. Zwar boten die zuständigen Kammern Weiterbildungsangebote zu Traumatisierung und Begutachtung an, sodass Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiater auf diesem Weg zur psychologischen und psychiatrischen Flüchtlingsarbeit gelangen konnten. Doch diese Veranstaltungen waren kostenpflichtig und standen in Konkurrenz zu unzähligen weiteren Weiterbildungsangeboten für Ärztinnen und Ärzte oder Psychologinnen und Psychologen die ebenso ihren beruflichen Fortbildungsansprüchen genügen konnten. Sie konnten alternativ auch zu kostenlosen Vorträgen gehen oder sich von Pharmafirmen weiterbilden lassen – vor allem für Ärztinnen und Ärzte und Neuropsychologinnen und -psychologen war das eine attraktive Alternative.

Insgesamt waren die Möglichkeiten einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung für Flüchtlinge in Berlin sehr heterogen und es bestanden viele Querverbindungen zwischen den vier Ebenen, die sich in beruflichen und privaten Kontakten ausdrückten. Frau R., die in der Niederlassung arbeitete, beschrieb dies als ihr „virtuelles Netz da draußen“, deren Mitglieder sie bei

Bedarf mobilisieren konnte, wenn sie Unterstützung oder einen Rat benötigte. Sie war zwar selbst selten bei den Treffen der Arbeitskreise anwesend, weil es ihr an Zeit dafür mangelte, dennoch war sie vielseitig durch Gespräche mit Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern, durch Vorträge, Publikationen und Weiterbildungsveranstaltungen für Kolleginnen und Kollegen in die Strukturen und Netzwerke der Flüchtlingsarbeit eingebunden.

## **4.2 Ausbildung der Therapeutinnen und Therapeuten sowie Erfahrungen und Entwicklungen in der Arbeit mit den Flüchtlingen**

Die Standpunkte der in der Berliner Flüchtlingsarbeit engagierten Therapierenden und ihre Motivationen waren abhängig von ihren Ausbildungen, gesellschaftlichen Entwicklungen und den Erfahrungen, die sie mit den bosnischen Flüchtlingen gemacht hatten. Diese Positionen, die sich als Themen aus den Interviews herauskristallisierten und sich auch in zahlreichen Publikationen der Behandlungszentren und in der Flüchtlingsarbeit tätiger Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Psychiaterinnen und Psychiater wiederfinden, werde ich im Folgenden darstellen, theoretisch reflektieren und mit den bisher dargestellten Ansichten meiner bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner und den Eigenlogiken der Diagnosekategorie in einen Dialog setzen. Ich beginne mit der Rolle, die die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung in der Ausbildung meiner Gesprächspartnerinnen und -partner spielte.

### **4.2.1 Unterschiede in der Ausbildung**

Die meisten Behandelnden, d. h. sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Psychologinnen und Psychologen, mit denen ich sprach, wurden in den 1980er und 1990er Jahren ausgebildet. Nur Herr Dr. B. absolvierte sein Studium in den 1960er Jahren und hatte noch Patientinnen und Patienten kennengelernt, die psychiatrische Gutachten benötigten, um Renten- oder Entschädigungsansprüche geltend zu machen, ohne dass es eine standardisierte Diagnose für ihre Leiden gab.

Posttraumatische [Belastungsstörung habe ich] während des Studiums nicht [gelernt]. Ich habe Posttraumatische Belastungsstörung, ja jetzt heißt es natürlich Posttraumatische Belastungsstörung. Wir haben in der Klinik hier in Berlin, wir haben Juden gehabt, die im deutschen Konzentrationslager waren und auch in Auschwitz, sie hatten ihre Nummern, tätowierte Nummern am Unterarm und ich habe mich mit diesem, mit diesem Konzentrationslagersyndrom, wie wir es damals nannten, beschäftigt. Das heißt, ich habe auch dann bei einigen, bei mindestens zwei Juden auch Gutachten angefertigt. Das drehte sich um Entschädigungen [Ergänzungen A. W.] (Herr Dr. B.).

Die Behandlung und Begutachtung der Folgen politischer Verfolgung gehörte in den 1960er Jahren zur klinischen Praxis. Die verschiedenen Syndrome, die unter dem Begriff traumatische Neurosen zusammengefasst wurden, tauchten zwar nicht in seinem Medizinstudium, wohl aber während der Facharztausbildung von Herrn Dr. B. im Krankenhaus auf. Deshalb kannte Herr Dr. B. die Symptome, als die ersten Kriegsflüchtlinge zu ihm in die Sprechstunde kamen, und er ordnete sie erst den älteren Syndromen und dann der neuen Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung zu. Als 1980 die *Post-Traumatic Stress Disorder* im DSM-III als psychische Störung aufgenommen wurde, brauchte es etwas Zeit, bis sie auch im hiesigen Psychologiestudium berücksichtigt wurde.



Herr K., der sein Studium in den 1980er Jahren absolvierte, sagte:

Also die, ich habe '86 glaube ich, meinen Abschluss gemacht, genau in Psychopathologie und wir wurden nach so einem Lehrbuch, von Tölle<sup>142</sup> war das, gibt es heute auch noch, ein Psychiatrielehrbuch, [ausgebildet, A. W.]. Die Reaktionen auf extreme Belastungen wurden auf ungefähr einer halben Seite folgendermaßen abgehandelt: „Bisher galt in der Psychiatrie die Regel, dass ein gesunder Mensch jedes äußere Ereignis gesund übersteht. Sollten dennoch Schäden bleiben, dann hat das mit der Prämorbidität, mit einer prämorbidem Persönlichkeit zu tun, beziehungsweise einer Vorerkrankung. So jedenfalls die Schulmeinung.“ So hat das darin gestanden. „Neuere Befunde, allerdings nicht wissenschaftlich abgesichert, aus den USA hauptsächlich, erschüttern diese These, konnten aber wie gesagt wissenschaftlich noch nicht belegt werden.“ Das war 1986, da war die Posttraumatische Belastungsstörung schon im Katalog der WHO, ja, in DSM-IV oder ICD-9 damals aufgenommen. (Herr K.)

Herrn K. war empört, dass 1986 die Posttraumatische Belastungsstörung noch gar nicht ausführlich in deutschen Lehrbüchern behandelt wurde. Aber eigentlich ist dies nicht überraschend, auch wenn es Vorläufer der Krankheit und lebhafte Diskussionen um ihre Ursachen und Behandlung in Deutschland gab. Im 1980 erschienenen DSM-III wurde die Störung nur vage formuliert und erst 1987 in der revidierten Version genauer definiert (vgl. Kap. 2.2.). In der von der WHO herausgegebenen ICD-9 kam die Störung noch nicht vor und wurde erst 1990 ins ICD-10 aufgenommen. Für Herrn K. als Praktiker waren die genaue Entstehung und die Veränderungen der Definition der Diagnose nicht von Bedeutung. Die Diagnose gehörte zwar zu seinem täglichen Handwerkszeug, aber nur als Referenzsystem in den Attestierungen.<sup>143</sup>

In der therapeutischen Arbeit spielten die Symptomkategorien kaum eine Rolle. Wichtig waren sie nur für Stellungnahmen, für die systematisch die Symptomatik erhoben, beschrieben und auf festgelegte Diagnosekategorien Bezug genommen werden musste. Im Gegensatz dazu ist die Therapie eine Interaktion mit den Patientinnen und Patienten, die situativ und individuell ist und sich nicht starr an diagnostische Kategorien hält. Der Diagnose wurde deshalb von den psychotherapeutischen Praktikerinnen und Praktikern mit einem bestimmten Abstand begegnet. „Posttraumatische Belastungsstörung ist ja nun auch so ein Gummikonzept, da kannst du ja alles und nichts drunter verstehen“, fasste es Frau R. zusammen und unterstrich damit gleichzeitig die Plastizität der Diagnose, die sie zu einem *boundary object* (Star/Griesemer 1989) werden ließ.

Alle meine Gesprächspartnerinnen und -partner aus den Psy-Disziplinen bedienten sich zwar der Diagnosekategorie im Diskurs, fänden aber gleichzeitig deren Definition zu eng und erweiterungsbedürftig.<sup>144</sup> Weil die offizielle Anerkennung der Diagnose für die Rechtfertigung ihrer Arbeit nach außen wichtig war, wurden Begründungen gefunden, warum sie erst „so spät“ in die Klassifizierungssysteme aufgenommen wurde. Auf jeden Fall gab es die Krankheit schon früher,

<sup>142</sup> Tölle, Rainer. (1982–2006): Psychiatrie. 6.–14. Auflage. Berlin u. a.: Springer. In der aktuellen Ausgabe, der 14., aus dem Jahr 2006, sind es fünf Seiten, die sich mit psychoreaktiven Folgen von Extrebelastungen und Trauer beschäftigen.

<sup>143</sup> Aber auch in Wissenschaft und Forschung wird selten die Entstehung der benutzten Konzepte und Diagnosen reflektiert. Die Entwicklungen einer Diagnosekategorie interessieren im besten Fall in Einleitungskapiteln. Für ein solches wurde von einem psychologischen Kollegen Alan Youngs Beschreibung der Entstehung der Diagnose und ihre Veränderungen im DSM herangezogen. Young wurde damit vom Kritiker der Diagnose zu ihrem Chronisten.

<sup>144</sup> Einer Ausweitung des Konzeptes widersprechen jedoch viele klinisch Forschende, die mit dem Aufweichen des Konzeptes seine Trennschärfe verloren gehen sehen und natürlich auch die Vergleichbarkeit zwischen Studien. Diese Spannung zieht sich durch alle theoretischen Diskurse über Posttraumatische Belastungsstörungen.

doch ihre Diagnostik wurde von konservativen Kräften aufgehalten, wie z. B. im Zitat von Herrn K. zum damaligen Lehrbuchtext beschrieben. Der von ihm zitierte Zusatz, dass die US-amerikanischen Ergebnisse noch nicht abgesichert seien, verdeutlichte für ihn die ablehnende Haltung der deutschsprachigen wissenschaftlichen Gemeinschaft der neuen Diagnose gegenüber. Herr K. und viele andere psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen, -therapeuten und Forschende, die die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung in ihrer (täglichen) Arbeit verwendeten, verstanden sich als progressive Kräfte, die einer Krankheit, die schon seit Menschheitsbeginn bestand, einen Namen, eine Diagnostik und eine Behandlung gaben.

Doch auch die Autorinnen und Autoren von Lehrbüchern brauchten Zeit, um auf neue Entwicklungen zu reagieren. Eine solche Entwicklung war der wachsende Einfluss der US-amerikanischen Psychiatrie auf psychiatrische Praxen weltweit. Genau genommen ist es eher überraschend, dass bereits 1986 in einem deutschen Lehrbuch auf die neue, in den USA ins Diagnostic and Statistical Manual aufgenommene Diagnose eingegangen wurde. Das illustrierte weniger den Widerstand der deutschen Psychiatrie als vielmehr ihre beschleunigte Globalisierung und die Entstehung einer sich professionalisierenden Psychotraumatologie. Bemerkenswert ist Herr K.s Verweis auf die alte Lehrmeinung, die vor dem Holocaust dominierte, dass Traumafolgeschäden mit einer prämorbidem Persönlichkeit zu erklären wären. Diese Lehrmeinung wurde oft als Ursache für eine verspätete Übernahme der Diagnosekategorie in Deutschland angeführt (vgl. Pross 1988; Fischer/Riedesser 1998: 28 f.; Sachsse 2002: 76). Dabei existierte eine Diagnostik im Rahmen von Begutachtungen, auch in Deutschland, auch ohne die Diagnosekategorie Posttraumatische Belastungsstörung, wie Herr Dr. B.s Zitat auf S. 123 bestätigte.

Die Erfahrung des Holocausts hatte jedoch auch diese alte Überzeugung erschüttert. In einer Veranstaltung mit dem Titel „Expertengespräch mit öffentlicher Konferenz“ im Januar 2006 (Charité 2007: 5) wurde auf die persönlichen Erfahrungen der Vertreter dieser Lehrmeinung hingewiesen. Karl Bonhoeffer zum Beispiel – bedeutender Psychiater und Neurologe, Verfechter der Dispositionsthese und überzeugter Eugeniker, nach dem die größte Berliner Nervenlinik benannt wurde – war aufgrund seiner eigenen Erfahrungen während des Nationalsozialismus nicht mehr von der persönlichen Veranlagung überzeugt. Er verlor zwei Söhne und zwei Schwiegersöhne, die 1945 in Konzentrationslagern hingerichtet oder von der SS erschossen wurden. Doch Empathie für Überlebende und Hinterbliebene war erst mit dem DSM-III und der ICD-10 möglich. Zuvor hätte die Disposition zu einem Nervenleiden zumindest sehr genau abgeklärt werden müssen und sicherlich wären Hinweise auf frühere psychische Labilität und nervenkrankte Verwandte gefunden worden.

In den 1990er Jahren stieg das Interesse an der Posttraumatischen Belastungsstörung.<sup>145</sup> Forscherinnen und Forscher beschäftigten sich zum Beispiel an der Freien Universität Berlin mit Inhaftierten in der DDR. Es folgten Untersuchungen zu U-Bahnführern, vor deren Züge Menschen mit Suizidabsichten sprangen (Denis 2004). Das Behandlungszentrum für Folteropfer gab an der

---

<sup>145</sup> Die meisten Behandlungszentren für traumatisierte Asylbewerberinnen und -bewerber und Flüchtlinge entstanden in den 1990er Jahren, Refugium Bremen und der Xenion e. V. waren bereits Vorreiter in den 1980er Jahren.

FU ein Seminar zu psychischen Folgeschäden von Folter und bot Praktikumsplätze an.<sup>146</sup> Praktika waren auch bei allen anderen Institutionen in Berlin, die Psychotherapie anboten, wie im Xenion e. V., beim zfm, bei der AWO und im Südost e. V. möglich, wodurch wissenschaftlicher und therapeutischer Nachwuchs rekrutiert wurde. Mehrere Diplomarbeiten entstanden zum Thema (politische) Traumatisierung (vgl. Weber 1998; Lützel 1999; Groninger 2001; Ćatović 2004; Rafailović 2005) und auch Promotionen (Ollech 2007).

Von der Forschungsgruppe zur Posttraumatischen Belastungsstörung an der Freien Universität Berlin wurde 1995 eine Spontanumfrage unter in Berlin niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Assistenzärztinnen und -ärzten in psychiatrischen Krankenhausabteilungen durchgeführt. Die Umfrage wollte die Bekanntheit der Posttraumatischen Belastungsstörung und das Wissen zu den fünf Kriterien A-E (traumatisches Ereignis, Wiedererleben, Vermeiden, erhöhte Reizbarkeit, Dauer und funktionelle Beeinträchtigung) erfassen. Das Ergebnis war für alle, die im Feld der Psychotraumatologie tätig waren, alarmierend: Von 64 Befragten konnten zehn ein Kriterium, je sieben zwei und drei Kriterien und nur je ein Befragter vier oder fünf Kriterien nennen. Vier niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater konnten keine Kriterien nennen, gaben aber an, sich mit der Diagnose im Rahmen einer Tätigkeit für das Versorgungsamt oder in ihrer Dissertation beschäftigt zu haben. Das hieß, dass nicht einmal die Hälfte der befragten niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater sowie Assistenzärztinnen und -ärzte an Kliniken die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung kannte.

In der Konsequenz wurde immer wieder auf den Schulungsbedarf hingewiesen und es wurden mehrere Weiterbildungen zum Thema angeboten. Die „Stiftung Überleben“ beispielsweise, die zur Finanzierung des BZFO ins Leben gerufen wurde, gründete eine eigene Schulungsgesellschaft (Catania gGmbH), die bundesweit ärztliches Personal im Erkennen posttraumatischer Belastungsreaktionen schult (Catania, undatiert), worauf in der Ärzte Zeitung am 09.06.2006 unter der Überschrift „Nicht Krieg bringt die meisten Opfer hervor, sondern das Nahfeld“ hingewiesen wurde. Auf der Abbildung neben dem Text wurde visuell auf Kindesmissbrauch Bezug genommen und im Artikel erläutert, dass 90 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sich in ihrer Ausbildung nicht auf den Umgang mit Menschen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen vorbereitet fühlen (ÄrzteZeitung.de 2006). Diesem Bedarf, der nun in der Allgemeinbevölkerung – und nicht mehr allein unter Folteropfern und Flüchtlingen – lokalisiert wird, wie die Überschrift klar macht, entsprach die Catania gGmbH mit zwei Curricula für bundesweite Schulungen. Was das Wissen der Berliner niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater betrifft, so wurde auf die Umfrage immer wieder verwiesen, wie auch von Herrn K. und Herrn W. in den Gesprächen mit mir. Die Ergebnisse kursierten in Form einer Tabelle mit den Umfrageresultaten, die mir Herr W. freundlicherweise zur Verfügung stellte. Doch publiziert wurde die Studie bisher nicht, die Tabelle stammte aus einem Vortragsmanuskript von 1996 (Denis/Ebbinghaus 1996).

Diese Umfrage erzeugte somit ein Wissen, das zwar unter den Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzten, die sich mit Posttraumatischen Belastungsstörungen beschäftigten, bekannt

---

<sup>146</sup> Davon berichtete Herr W., der das Seminar besuchte, ein Praktikum beim BZFO machte, sein Diplomarbeitsthema so fand und später auch beim BZFO angestellt wurde.

war, das aber nicht veröffentlicht wurde. Die kontroversen Daten, auf die sich auch noch zehn Jahre später im oben zitierten Ärzte Zeitung-Artikel bezogen wurde, wurden nur intern weitergereicht. Gegen eine Publikation sprachen mindestens zwei Gründe: Zum einen stellte die Studie die Kompetenz niedergelassener Psychiaterinnen und Psychiater in Bezug auf Posttraumatische Belastungsstörung infrage, was weder bei den Befragten selbst noch bei der Berliner Ärztekammer erfreut aufgenommen worden wäre. Es hätte gezeigt, dass die vorgeschriebenen, aber nicht näher definierten und reglementierten Weiterbildungen die Fachärzte nicht auf den aktuellen Wissensstand gebracht hatten, der sich mit der „DSM-Revolution“ 1980 sehr stark verändert hatte. Doch Diagnosekategorien sind nicht allzu bedeutsam in der Praxis. Die Beschwerden der Patientinnen und Patienten änderten sich nicht analog zu den Klassifikationssystemen von einem Tag auf den anderen und auch die Handlungsweisen der Psychiaterinnen und Psychiater nicht. Sie verschrieben weiterhin die gleichen Medikamente und führten ähnliche Gespräche.<sup>147</sup> Die DSM-Revolution brauchte Zeit, um im letzten psychiatrischen Sprechzimmer anzukommen. Zum anderen wären die Argumentationen der Unterstützerinnen und Unterstützer der Flüchtlinge gegenüber der Berliner Innenverwaltung, die auch von der Berliner Ärztekammer vertreten wurden, geschwächt worden. Ihr Ziel war die Anerkennung der Attestierungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – später auch der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten – ohne erneute Begutachtung der bosnischen Flüchtlinge durch den Polizeiärztlichen Dienst. Die vernichtenden Ergebnisse dieser Umfrage hätten diese Forderung haltlos erscheinen lassen.

Bis auf Herrn Dr. B. hatten alle Gesprächspartnerinnen und -partner aus den Psy-Disziplinen eine psychotherapeutische Ausbildung mit unterschiedlichen Ausrichtungen. Psychoanalytisch orientierte Schulen wie Gestalttherapie, Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Therapie überwogen. Es gab nur zwei Ausnahmen: ein Therapeut war als systemischer Familientherapeut und eine Therapeutin in Psychodrama ausgebildet. Herr Dr. B. und zwei weitere Therapeutinnen haben eine Zusatzausbildung in EMDR<sup>TM</sup><sup>148</sup>. Unter meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern gab es keine Vertreterin oder Vertreter mit einer verhaltenstherapeutischen<sup>149</sup> Ausbildung, wobei vor allem die Wirksamkeit einer Verhaltenstherapie bei traumatisierten Patientinnen und Patienten als

---

<sup>147</sup> Angelika Birck fand in ihrer Studie, dass 34 Prozent der untersuchten Attestierungen von niedergelassenen Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen auf die Klassifikationssysteme DSM und ICD verwiesen, 55 Prozent verwendeten deren Vokabular und 11 Prozent verwandten unklare oder veraltete Begrifflichkeiten wie „Kriegsneurose“, „posttraumatisch reaktive Psychose“, „Psychosis reactiva (posttraumatisch)“ und „Herzneurose“ (Birck 2000, ohne Seitenzählung). In der letzten Diagnose taucht wieder das nervöse Herz auf und stellt eine Verbindung vom seelischen zum körperlichen Leiden her. Das alte Syndrom des „soldier's heart“ wurde weiter diagnostiziert, obwohl sich alle Psy-Vertreterinnen und -Vertreter an das Vokabular der ICD und des DSM halten müssten, in dem diese alten Syndrome nicht mehr als Diagnosen vorkommen.

<sup>148</sup> Die Eye Movement and Desensitization and Reprocessing Methode ist eine eingetragene Handelsmarke. Das Handelsmarkenzeichen wird in Deutschland zumeist nicht ausgeschrieben. Ich verwende es in dieser Arbeit, um zu verdeutlichen, dass es eine kommerzialisierte Therapiemethode ist.

<sup>149</sup> Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass falsche Verhaltensmuster durch Lernen und Üben verändert werden können. Den Patientinnen und Patienten werden erst die falschen Muster erklärt, dann die Lernziele und danach wird geübt. Vor allem bei Angsterkrankungen – denen auch die Posttraumatische Belastungsstörung zugeordnet wurde – ist dieses übende Verfahren hilfreich. So ist es durchaus erfolgreich bei Flug- oder Höhenangst. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung aber, die zumeist nicht nur Angst beinhaltet, sondern auch Schuld- und Sinnfragen, wie meine Ausführungen zu den Bosnierinnen und Bosniern zeigten, lässt sich nur schwerlich eine bessere Anpassung trainieren. Doch analytische Verfahren haben noch weniger anzubieten als diese Gewöhnung.

nachgewiesen gilt (Butollo/Hagl 2003: 120). Im folgenden Abschnitt beschäftige ich mich mit den angewendeten Therapietechniken und zeige, wie eine neue Störung auch eine neue Therapietechnik hervorbrachte.

#### 4.2.2 Neue Diagnose = neue Therapie?

In der therapeutischen Arbeit mit bosnischen Flüchtlingen wurden die klassischen Psychotherapieverfahren kaum angewandt; es wurde auf einen „interdisziplinären Mix“ zurückgegriffen. „Interdisziplinär“ war eine Umschreibung für die Einbeziehung alternativer Heilmethoden und die Reduktion westlicher Therapieansätze. In der Einleitung zur Jubiläumspublikation des BZFO wird diese Ausweitung der Konzepte mit der Notwendigkeit der Sprachmittlung begründet:

Tiefenpsychologisch fundierte Behandlungen<sup>150</sup> dulden keine dritte Person in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient. [...] Sprachmittler werden zwangsläufig zu Kotherapeuten. Die Therapeuten „verstehen“ ja nur den Dolmetscher. [...] Das Bewusstsein von der schwierigen Rolle der „dritten Person“ hat in der Vergangenheit Wünsche wachgerufen, zunehmend Therapieformen einzusetzen, die nicht primär auf Sprache angewiesen sind: Musiktherapie und Gestaltungstherapie (Kunsttherapie) sind im Zentrum inzwischen ausgewiesene Behandlungsmethoden in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Asylbewerber [...] (Birck et al. 2002: 10).

Dieses Zitat verdeutlicht, dass auch das BZFO – sozusagen der bundesdeutsche Leuchtturm in der psychotherapeutischen Arbeit mit Folteropfern und Flüchtlingen – klassische Therapien zugunsten von solchen, die auf Tätigkeiten konzentriert waren, reduzierte. Erneut war es das Tun, die Beschäftigung, die erfolgreicher zu sein schien als das Reden; auch die Bosnierinnen und Bosnier haben eher die Arbeit als hilfreich beschrieben und weniger die Psychotherapie. So konnten Musik- und Kunsttherapie zu Behandlungsmethoden werden.

Diese Anpassungen an das Klientel wurden mit fehlenden Sprachkenntnissen wie im vorangegangenen Zitat begründet, aber auch mit fehlendem Reflexionsvermögen einfacher Menschen oder ihrer Unkenntnis psychotherapeutischer Verfahren, worauf ich bei den Interaktionen in den Therapien am Ende dieses Kapitels zurückkommen werde. Als Lösung wurden westlich geprägte Psychotherapien auf wenige Elemente, die auch mit den Flüchtlingen umsetzbar waren, reduziert und traditionelle Heilmethoden in die Therapien integriert. Diese Entwicklungen werden insbesondere vor dem Hintergrund der Entstehungsgeschichte psychoanalytischer Therapieverfahren verständlich. Zwar entstand die Psychoanalyse als Gesprächstherapie mit Anleihen aus der christlichen Beichte, aber in unmittelbarer Nähe zur Hypnose.<sup>151</sup> Genau diese frühe Verbindung zu Trancezuständen, die in westlichen Gesellschaften nur begrenzt in der Medizin

---

<sup>150</sup> Verhaltenstherapeutische Methoden werden nicht erwähnt. Therapeutinnen und Therapeuten, die in Verhaltenstherapie ausgebildet sind, waren zum Zeitpunkt der Publikation am Behandlungszentrum für Folteropfer noch in der Minderheit. Obwohl analytische Verfahren nur vage Therapiekonzepte für traumatische Erkrankungen haben (im Gegensatz zur Verhaltenstherapie), dominierten ihre Vertreterinnen und Vertreter die Diskussion und Behandlung von Traumatisierten.

<sup>151</sup> Hacking beschreibt diese Entstehung in seinem Buch „Multiple Persönlichkeit“. Jean-Martin Charcot (der „Napoleon der Hysterie“), der die Hypnose als therapeutische Technik einsetzte, war Lehrer von Pierre Janet (Vordenker der psychodynamischen Psychiatrie, er hat den Begriff „unterbewusst“ eingeführt) und Sigmund Freud (dem Begründer der Psychoanalyse) an der Pariser Salpêtrière.

oder auf Kleinkunsth Bühnen eingesetzt werden, erleichterte es psychotherapeutischen Verfahren, rituelle Elemente anderer Kulturen aufzunehmen. Diese Verschiebung ist insbesondere in der Therapie von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu beobachten, da diese modifizierten Therapien ihnen mehr entsprechen. Das westliche Psychotherapieangebot an sich wurde und wird nicht infrage gestellt. Es liegt an den Patientinnen und Patienten, insbesondere deren Sprach- und Reflexionsdefiziten, wenn die Therapie nicht wirkt, aber nicht am Verfahren.

Doch nicht nur die Entstehung der Gesprächstherapie in Hypnosenähe und ihre Anwendung bei Klientinnen und Klienten, die sich Psy-Gesprächen entziehen, sind für das Verstehen der Annäherung im Bereich psychotherapeutischer Techniken in der Behandlung von Psychotraumata wichtig, sondern auch die theoretischen Annahmen zum traumatischen Gedächtnis. Zu seiner Charakteristik zählt, dass es die narrativen Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten einschränkt (Leys 2000: 2). Nicht zufällig ist die Publikation zum zehnjährigen Bestehen des BZFO mit „Das Unsagbare“ betitelt (Birck et al. 2002), denn es besteht Konsens darüber, dass das Grauen (anfangs) nicht artikuliert werden kann. Diese Annahme ist innerhalb der Diagnose als eigener Symptomkomplex, nämlich der Vermeidung verankert. Das folgende Zitat verdeutlicht diesen Allgemeinplatz: „Die traumatischen Erfahrungen liegen oftmals derart außerhalb des normalen menschlichen Erlebens, dass es vielen Betroffenen unmöglich erscheint, diese mitzuteilen. In der Tat lässt diese Unmöglichkeit der Kommunikation viele Opfer zögern, mit anderen Menschen über das Erlebte zu sprechen“ (Maier/Schnyder 2007: 39).<sup>152</sup> Somit ist eine analytische, aber auch eine verhaltenstherapeutische Aufarbeitung, die auf Gesprächen in Kombination mit angeleiteten Körperwahrnehmungen beruht, meiner Meinung nach zumindest hinterfragenswert.

Bei einer Sichtung verschiedener Publikationen zur Therapie Posttraumatischer Belastungsstörungen fand ich weniger Schweigen über das Geschehene als vielmehr (Selbst-)Zweifel der Therapeutinnen und Therapeuten, die einen Buchtitel wie „Das Unglaubliche“ nahe legen. So leiteten auch die gerade zitierten Autoren ihren Text folgendermaßen ein:

Um zu verstehen, welche Symptome und Beschwerden bei Opfern extremer Gewalt auftreten, müsste man sich ein Bild machen können von dem, was diese Menschen erlebt haben. Das ist allerdings sehr schwierig, ja im Grunde unmöglich, da nur Betroffene selbst wirklich wissen, was extreme Gewalt, Folter und Krieg bedeuten (Maier/Schnyder 2007: 39).

Dieser Auffassung waren auch Autoren des BZFO: „Grundsätzlich gilt es aber zu bedenken: Die Erfahrungen, die Menschen unter Folter gemacht haben, sind auch nicht annähernd für uns Außenstehende nachvollziehbar“ (Birck et al. 2002: 177 und ähnlich 199). Ein weiteres Beispiel aus Österreich:

Die Begegnung mit dem traumatischen Schrecken, mit der „abyss experience“ (Abgrunderfahrung), wie es der prominente Traumaforscher Thomas P. Wilson nennt (Wilson & Drozdek 2004), macht Angst. Und sie ruft unsere Abwehr, den Wunsch ‚es möge nicht wahr sein‘ auf den Plan sowie zahlreiche Verzerrungsmechanismen, die nicht nur beim psychologischen Laien, sondern auch bei Experten verbreitet sind (Ottomeyer/Renner 2006: 7).

<sup>152</sup> So unterbrach sich, wie beschrieben, Frau Bašić im Gespräch, als sie von ihren Erlebnissen in Srebrenica erzählte mit dem Satz: „Und mir hat Frau R. wirklich gesagt, dass ich gar nicht darüber sprechen kann. Und ich brauche nicht sprechen. [...] Und eigentlich kann ich darüber nicht sprechen.“ Damit entsprach sie den Erwartungen der Therapierenden zu reden und es gleichzeitig nicht zu tun.

Mit der Annahme unartikulierbarer Gewalterfahrungen<sup>153</sup> (die eher wegen der Ungläubigkeit der Zuhörenden unartikulierbar waren als wegen fehlender Worte) wurde ein weiterer Widerspruch generiert: wenn Traumatisierte über ihr Trauma nicht reden können, wie erzählen sie es dennoch? Das hieße, dass die Erzählenden nicht traumatisiert sind und die Traumatisierten nicht darüber reden. An dieser Bruchstelle im Konzept fungiert der Körper als Brücke (Young 1996). Die Posttraumatische Belastungsstörung ist auch eine körperliche Störung und die Erregungssymptome (das D-Kriterium) gelten als Beweis, dass das Trauma wirklich passierte, denn der Körper erinnert sich (ebenfalls). Körperliche Reaktionen bei einer Konfrontation mit Hinweisreizen, wie Schwitzen und Nervosität werden dem körperlichen Gedächtnis zugeschrieben. Wo den Erzählungen nicht getraut werden kann, steht deshalb der Körper für ihre Glaubwürdigkeit ein. Young verdeutlicht, dass ohne diese körperliche Komponente<sup>154</sup>, die das traumatische Gedächtnis seit Beginn seiner Konzeptualisierung begleitet, die Wirkrichtung des mentalen Gedächtnisses vom Ereignis zu den Symptomen nicht als gesichert gelten könne. Deshalb war es wichtig, dass Herr Džaferović bei der Erstellung der Atteste vom Schwitzen berichtete (vgl. Zitat S. 73). Ohne das körperliche Gedächtnis und die von ihm hervorgerufenen körperlichen Reaktionen hätte die Schilderung auch erfunden sein können.

Die theoretische Annahme des unartikulierbaren Traumas weitergedacht, bedeutet, dass Worte potenziell diskreditieren<sup>155</sup>, nichts beweisen und auch als Hinweis auf eine erfolgreiche Therapie gewertet werden könnten. Formuliertes Therapieziel ist die Symbolisierung des Traumas in der Sprache, weil es damit gedanklich kontrollierbar und dem körperlichen Gedächtnis (teilweise) entrissen wird (Maercker 1997: 52 ff.; Fischer/Riedesser 1998: 206 ff.). Weil die Betroffenen angeblich nicht über das Erlebte sprechen können, ist das Sprechen über die traumatische Situation ein Therapieziel. Gleichzeitig müssen sie aber darüber sprechen, sonst würden die Therapierenden nichts von den Erlebnissen wissen und auch nicht die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung stellen können. Diese Widersprüche wurden nicht weiter diskutiert und das ist für mich ein weiteres Zeichen für die Plastizität und Konsistenz des Störungskonzeptes. Ich belasse es bei dem Hinweis auf diesen weiteren logischen Widerspruch.

Denn es geht mir vor allem um die Betrachtung einer neuen Therapietechnik für Posttraumatische Belastungsstörungen. Unter Berücksichtigung der körperlichen Komponente des Traumas ist der Erfolg einer neuen, mehr körperlichen Therapie fast selbsterklärend. Das EMDR™ (Eye Movement

---

<sup>153</sup> Auch meine bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner betonten immer wieder, dass sie niemand verstehen kann, der nicht das Gleiche erlebt hat. Doch sie bezogen sich damit nicht auf das Erlebte. Was ihnen zustieß, können sie durchaus erzählen, manchmal unzusammenhängend, weil es sie emotional mitnimmt. Ihre Gefühle sind es, die Außenstehende nicht verstehen/nachfühlen können, auch wenn sie mitgeteilt werden, sind sie immer individuell und singulär. Ein Nachfühlen braucht ein Gefühl, das nachempfunden werden kann, doch das fehlt Menschen, die keine „abyss experience“ machten. Im Gegensatz zu den Gefühlen können sie die Erlebnisse nachvollziehen. Es ist allerdings schmerzhaft, es zu tun, denn die Erzählungen erschüttern unsere Grundannahmen von Gerechtigkeit und Menschlichkeit.

<sup>154</sup> In den letzten Jahren wurden dementsprechend biologische Marker, wie Cortisolkonzentration im Speichel oder Blut der Betroffenen oder physiologische Parameter wie Herz- und Atemfrequenz und Hautwiderstand in der Forschung wichtig. Ich erinnere an die neuere Forschung der Universität Greifswald, die internetbasierte Psychotherapie bei Älteren mit der Untersuchung von Biomarkern kombiniert (vgl. Kap. 2).

<sup>155</sup> Dass die Erzählungen der Flüchtlinge in Berlin wirklich eher diskreditierend wirkten, hing mit den Schlüssigkeitsprüfungen der Ausländerbehörde zusammen, in der verschiedene Erzählungen verglichen wurden.

Desensitization and Reprocessing) ist ein Verfahren, das Elemente der Hypnose aufgreift und unerklärte Erfolge bei Patientinnen und Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen erzielte. Das faszinierte sowohl Therapeutinnen und Therapeuten als auch Patientinnen und Patienten. Letztere dürften auch davon angetan sein, dass sie keine Medikamente nehmen müssen und die Therapie einem Ritual ähnelt, das in Trance versetzt. Hacking mutmaßt, dass erholsame Trancezustände ein konstitutiver Teil westlicher Zivilisationen sind, wie vielleicht auch jeder anderen. Doch in westlichen Gesellschaften wird Trance zum Teil als Dissoziation pathologisiert<sup>156</sup> oder als Freizeitaktivität aus den „Bereiche(n) der Produktion und Dienstleistung“ (Hacking 2001: 191) ausgeschlossen. Hacking führt Meditation, Gebet und Musikhören als Tätigkeiten an, die in anderen Kulturen als Trance bezeichnet, in westlichen Industriegesellschaften aber nicht als solche anerkannt und wertgeschätzt würden (Hacking 2001: 191 f.).

Doch eine neue Behandlungsmethode, eine zudem sehr erfolgreiche, konnte nicht als Freizeitbeschäftigung oder Ritual eingeführt werden, sie braucht rationale Erklärungen für ihre Wirksamkeit. Hierzu wurden vielfältige Versuche unternommen, wobei oftmals auf das Gedächtnis als ein elektronisches Arbeits- und Speichersystem rekurriert wurde. Illustrierende Äußerungen aus einem Praxisbuch zur EMDR<sup>TM</sup> unter der Teilüberschrift „Traumatische Erinnerung ist fragmentierte Erinnerung“ lauten „Von den Milliarden Sinnes**daten** erreichen nur sehr wenige **Bit pro Sekunde** das Bewusstsein. [...] Der Rest wird unter den ständig nachdrängenden neuen Sinnes**informationen** einfach **überschrieben**, vergessen“ (Hofmann 2004: 5). „Schwere seelische Traumata scheinen [...] in einzelne Sinnesqualitäten **fragmentiert** erinnert zu werden [alle Hervorhebungen A. W.]“ (Hofmann 2004: 7). Traumatische Erinnerungen werden also nicht überschrieben und vergessen wie die meisten Eindrücke, sondern fragmentiert gespeichert und erinnert. Im Gegensatz dazu wird in der Debatte um die Glaubhaftigkeit von Aussagen von Flüchtlingen und Asylsuchenden betont, dass das Gedächtnis kein Speicher sei, schon gar nicht das traumatische Gedächtnis (vgl. BAFF 2006: 26; Birck 2002: 35 und 40 ff.).<sup>157</sup>

„Fragmentierte“ Erinnerung wird nicht nur unzusammenhängend erinnert und erzählt, sie ist auch an verschiedenen Orten im Gehirn gespeichert, so die wissenschaftliche Meinung. Bestätigt wurde diese These über einen unterschiedlichen Glucose-Verbrauch in verschiedenen Gehirnregionen, der im Positronen-Emissions-Tomografen (PET) bei acht Traumapatientinnen und -patienten nachgewiesen wurde. Sie wurden mit dem Vorlesen ihrer Traumaskilderungen bei der PET-Aufzeichnung an ihre Erlebnisse erinnert (Rauch et al. 1996 in Hofmann 2004: 7 und auch in Fischer/Riedesser 1998: 90). Neben anderen zentralen Hirnregionen war die rechte Hirnhälfte („implizites Gedächtnis“) aktiver bzw. verbrauchte mehr Glucose als die linke („kognitives, analytisches Verstehen“). Dieser Befund soll die zusammenhanglos scheinenden Narrative der Flüchtlinge erklären – wegen der unterschiedlichen Speicherorte ist auch keine zusammenhängende Erzählung möglich – und den Wirkmechanismus des EMDR<sup>TM</sup>: Durch die gleichzeitige Stimulation

---

<sup>156</sup> Herr Tomić beschrieb einen Dissoziationszustand als er nicht mehr „nach Hause“ ins Wohnheim fand und meinte, er wäre damals verrückt gewesen (S. 104).

<sup>157</sup> Die Erinnerung wird virtuell, wenn sie nicht an gespeicherte Inhalte gebunden ist. Wer die Speicherqualität des Gedächtnisses infrage stellt, läuft Gefahr, dass Zeugenaussagen als unverlässlich verworfen würden und das hätte ungeahnte gesellschaftliche Auswirkungen, nicht nur in Asylverfahren, um die es ging.



beider Gehirnhälften während des Erinnerns würden traumatische Erinnerungen neu verarbeitet, also „reprocessed“, wie der Name Eye Movement Desensitization and Reprocessing sagt. Das „Reprocessing“ im Namen wurde 1991 nachträglich hinzugefügt, nachdem die Schöpferin dieser Methode, Dr. Francine Shapiro, sie zufällig entdeckte und Eye Movement Desensitization EMD nannte, an einem eigenen Institut weiterentwickelte (Hofmann 2004: 15) und zu vermarkten begann.<sup>158</sup>

Die Erklärung für das Funktionieren traumatischer Gedächtnisinhalte und ihre Reintegration in das normale Gedächtnis, dessen Funktionsweise ebenfalls noch unklar ist, scheint so schlüssig, dass sich keiner daran stört, dass die Gehirne von nur acht Patientinnen und Patienten mit einem Positronen-Emissions-Tomografen „durchleuchtet“ wurden während sie ihr Trauma beim Hören ihrer eigenen Schilderung ihres jeweiligen Erlebnisses im PET-Gerät wiedererlebten. Da sie zudem unterschiedliche potenziell traumatische Ereignisse erlebt hatten, bezweifle ich, dass diese kleine Stichprobe ausreicht, um signifikante Ergebnisse zu liefern und damit „harte“ wissenschaftliche Fakten. Meiner Kenntnis nach wurde die Studie niemals reproduziert oder mit einer größeren Stichprobe nochmals überprüft.

Joseph Dumit beschreibt hingegen für Studien mit ähnlichen Fallzahlen, die „neue Diagnosekategorien“ etablieren wollten, dass ihnen Unwissenschaftlichkeit vorgeworfen und größere Folgestudien gefordert wurden, die finanziert werden müssen. Geling die Finanzierung, konnten die Ergebnisse durch die neuerlichen Messungen oftmals nicht reproduziert werden (Dumit 2000: 223 ff.). Dass keiner die Ergebnisse der Rauch'schen Studie hinterfragte, unterstreicht, dass sie Vorannahmen bestätigt oder sich leicht in den existierenden Kanon integrieren ließ. Die These von der Speicherung traumatischer Gedächtnisinhalte in fragmentierter Form führte bereits ein gewisses Eigenleben. Ähnlich wie die Tabellen der Berliner Umfrage unter Psychiaterinnen und Psychiatern zur Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung gehörte sie zum Standardwissen der mit psychischen Traumata Befassten. Viele Theoretiker verweisen auf die erste Studie, denn sie wurde – im Gegensatz zur Berliner Umfrage – publiziert.

Auch das „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ referiert die Studie von Rauch (Fischer/Riedesser 1998: 90) und Studien von Bessel van der Kolk, der die Desintegrationsthese<sup>159</sup> vertritt, die auf Pierre Janet zurückgeht. Van der Kolk forschte und publizierte seit den 1980er Jahren erfolgreich zu den biologischen Grundlagen der Posttraumatischen Belastungsstörung.<sup>160</sup> Und da ein Verweis auf

---

<sup>158</sup> Online zu besuchen unter der URL: [www.emdr.com/index.htm](http://www.emdr.com/index.htm) [Stand 21.10.2008].

<sup>159</sup> In der Desintegrationsthese wird angenommen, dass die traumatischen Inhalte des Gedächtnisses anders abgespeichert werden und nicht in die normalen Gedächtnisprozesse eingebunden sind und deshalb desintegriert. Hinweise darauf sind die unlogischen Erzählungen der Betroffenen, neuerdings auch die erwähnte unterschiedliche Stärke chemischer Reaktionen, die den Energieverbrauch des Gehirns im PET abbilden (sollen).

<sup>160</sup> Bessel van der Kolk war auch an der Studie von Rauch et al. (1996) beteiligt. In einem anderen Artikel beschrieb er, wie er die Desintegrationsthese von Janet vom Ende des 19. Jh. an einer Stichprobe von 46 Personen, die traumatische Erfahrungen gemacht hatten, bestätigt fand (van der Kolk/Fisler (undatiert)). Für ihre Teilnahme erhielten die Proband(inn)en je 10.000 US\$. Acht dieser Personen nahmen an der PET Studie von Rauch et al. teil. 1997 publizierte van der Kolk eine weitere Studie zu „Prä-Post-Vergleiche[n] nach einer Trauma-Psychotherapie (EMDR)“ (Fischer/Riedesser 1998: 90). In der Publikation wird auf die Rauch'sche Studie verwiesen, insbesondere auf einen behandelten Feuerwehrmann und eine Frau, die ihre beiden Kinder in einem selbst verschuldeten Autounfall verlor, und auf deren im PET abgebildeten Hirnaktivitäten (van der Kolk et al. 1997: 106). Danach folgt eine Diskussion anderer Studienbefunde (ebenfalls mit sehr geringen Fallzahlen) und unter der Zwischenüberschrift: „Treatment Outcome

die biologischen Grundlagen einer Posttraumatischen Belastungsstörung obligatorisch zu sein scheint, wurde häufig auf die Studien von Bessel van der Kolk verwiesen (vgl. Maerker/Schützwohl 1997: 48 f.; Fischer/Riedesser 1997: 90 f.; Birck 2002: 156; Birck et al. 2002: 226; Hofmann 2004: 134/136; Maier/Schnyder 2007: 275, Haenel/Wenk-Ansohn 2004: 25, Butollo/Hagl 2003: 68). Auch Ruth Leys, die sich mit den Entwicklungen des Traumakzeptes aus medizinhistorischer Sicht beschäftigte, bestätigt diese Tendenz zum Rekurs auf biologische Prozesse des Gedächtnisses (2000: 6 f.). Die Hypothesen zu Fragmentierung und Desintegration sollten den Erfolg des EMDR™ erklären. Mit der Methode gelängen die Verbindung der verschiedenen Sinnesqualitäten der Erfahrung und ihre Integration ins Gedächtnis (Hofmann 2004: 7).

Seit Herbst 2007 wird EMDR™ auch von bundesdeutschen Krankenkassen als psychotherapeutisches Verfahren anerkannt und dementsprechend vergütet. EMDR™ ist vielfältig einsetzbar; in einem „Praxisbuch EMDR“ (Lamprecht 2006) wird die Anwendung der Therapie zum Beispiel bei chronischen Schmerzsyndromen, spezifischen Phobien, stoffgebundenen Abhängigkeiten und chronisch komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen und dissoziativen Störungen dargestellt. Auch das Buch von Dr. Francine Shapiro, der Entwicklerin der Therapie, mit dem Titel „EMDR in Aktion. Die Behandlung traumatisierter Menschen“ schildert nicht nur Fälle von Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Überhaupt ist nicht einmal von einer Diagnostik anhand der im DSM oder ICD festgelegten Kriterien die Rede oder wird auf diese Klassifikationssysteme Bezug genommen. Es werden anschauliche Heilungsgeschichten erzählt. Menschen mit Panikattacken, gestörten Beziehungen und solche, die trauern, können mit EMDR™ behandelt werden (Shapiro/Forrest 2001).

Ein neueres US-amerikanisches Verfahren kombinierte EMDR™ mit Coaching zur Methode wingwave®, einer neuen Therapieform, die laut Produktwebsite „ein Kurzzeit-Coaching-Konzept für Führungskräfte, Manager, Künstler, Kreative und Sportler zum Erreichen punktgenauer Leistungssicherheit“ ist ([www.wingwave.de](http://www.wingwave.de)). Ironisch überspitzt ließe sich diese Methode als „Allheilmittel für Zivilisationskrankheiten“ bezeichnen, denn sie schafft es, uns in Einklang mit uns selbst zu bringen, Stress, Ängste, Gewicht und alle anderen Sorgen zu reduzieren – durch Gedankentraining, das unsere Festplatten defragmentiert und Überflüssiges überschreibt und löscht. Auch bei bosnischen Flüchtlingen wurde EMDR™ angewandt. Drei meiner Gesprächspartnerinnen und -partner aus den Psy-Disziplinen erlernten diese Methode im Rahmen ihrer Arbeit mit

---

(EMDR) Study“ der erste Satz: „The small sample of patients on whom *we have* pre-posttreatment scans suggests that their improvement is reflected by increased activation of the anterior cingulate and the right prefrontal cortex“(ebd.: 109). Nirgends wurde dieses Sample genauer beschrieben. Da die einzige Stichprobenbeschreibung die zur Rauch’schen Studie war, an der auch Bessel van der Kolk mitwirkte, gehe ich davon aus, dass es sich um die zwei beschriebenen Personen handelte, die auch schon in den beiden oben zitierten Studien (van der Kolk/Fisler (undatiert) und Rauch et al. (1996)) teilnahmen. Ich finde die sehr verschleierte Formulierung „the small sample“ interessant, denn es hätte auch transparenter geschrieben werden können: „die beiden von uns untersuchten Personen...“. Das hätte aber auch die Schlussfolgerungen recht spekulativ erscheinen lassen. Diese jedoch wurden recht überzeugt formuliert, trotz der kleinen Stichprobe heißt es: „Our research shows that [...]“ (ebd. 110). Dieser Exkurs macht die Nähe von Hypnose (EMDR), Dissoziation (Desintegrationstheorie), psychischem Trauma und Körperlichkeit von Gedächtnis (Speicherorte im Gehirn) greifbar und illustriert Ian Hacking’s Thesen zu Gedächtnispolitiken, die er aus diesen Zusammenhängen generierte (Hacking 2001).

traumatisierten Flüchtlingen. Für Frau G. war es schlicht „Traumatherapie“ und auch Frau E. verwendete Elemente aus EMDR™ in ihren Gruppentherapien. Herr Dr. B. absolvierte ebenfalls eine Fortbildung in EMDR™, doch von ihm wollten sich seine Patientinnen und Patienten nicht mit dieser Methode behandeln lassen. Er sagte, die Übungen mit den Augenbewegungen seien ihnen unheimlich und deshalb würden sie es ablehnen. Dieser Widerspruch seiner Patientinnen und Patienten ist bemerkenswert. Er lässt sich aber vielleicht mit dem Umstand erklären, dass man von Herrn Dr. B. stärkere Medikamente als vom Allgemeinarzt bekommen konnte und dies die primäre Motivation seiner Patientinnen und Patienten war, ihn aufzusuchen, und nicht meditative Übungen. So berichteten beispielsweise Herr Imamović, Herr Osmić und Frau Nuhanović davon, dass sie zum Psychiater (in allen drei Fällen auch zu Herrn Dr. B.) gingen, um stärkere Medikamente zu erhalten, weil die von Allgemeinärztinnen und -ärzten verschriebenen nicht mehr wirkten. Gleichzeitig hatte Herr Dr. B. nur selten ein Behandlungszimmer, in dem die nötige Ruhe herrschte, um ohne Störungen die Seancen durchführen zu können.<sup>161</sup> Bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten gab es keine Medikamente, jedoch Ruhe. Also wurden „Übungen“, wie sie meine bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner nannten, gemacht und Atemtechniken, EMDR™ und andere Entspannungstechniken erlernt.

Lediglich Frau Halkić berichtete explizit darüber, vor kurzem bei einer deutschen Therapeutin mit EMDR™ begonnen zu haben. Sie war überrascht, dass sie das Zeitgefühl während der Sitzungen verlor. Meine anderen Gesprächspartnerinnen und -partner sprachen von Gesprächen und Übungen, wenn sie die Psychotherapien beschreiben sollten, wobei unter den Übungen sehr wahrscheinlich auch Elemente des EMDR™ gewesen waren. Aber eben nur Elemente, denn die Methode wurde nicht für Gruppentherapien konzipiert und benötigt das Gespräch zwischen Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut parallel zu den Körperübungen, die die beiden Gehirnhälften stimulieren (sollen).

Somit entstand mit der neuen Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung auch ein neuer Behandlungstrend, und eine alte Methode wie die Hypnose, die mit der Geschichte der seelischen Traumatisierung von Anfang an eng verbunden war, erhielt eine neue Gestalt. Obwohl die Etablierung der Posttraumatischen Belastungsstörung eine Medikalisierung und später Psychologisierung menschlicher Leidenserfahrungen darstellt und damit eine Rationalisierung beinhaltet, ist festzuhalten, dass die Behandlung mit hypnotischen Verfahren sich gerade dieser Rationalität wieder entzieht und in die Ecke des Übersinnlichen und Esoterischen entweicht. Es wirkt, aber wie, ist weiterhin unklar.

### **4.2.3 Deutsche Vergangenheit. Und die Anwesenheit der Bosnier**

Meine Gesprächspartnerinnen und -partner unterschieden sich hinsichtlich ihrer Ausbildung, ihrer institutionellen Einbindung und in ihrem politischen Engagement für die bosnischen

---

<sup>161</sup> Auch während unseres Gesprächs, das während der Mittagspause stattfand, weshalb keine Patientinnen oder Patienten warteten, wurden wir innerhalb einer halben Stunde zweimal vom Praxispersonal wegen verschiedener abrechnungstechnischer Fragen unterbrochen. So unruhig war kein anderes Gespräch mit den Vertreterinnen und Vertretern der Psy-Professionen.

Bürgerkriegsflüchtlinge. Ein weiterer Unterschied war persönlicher Natur und hat mit ihrer jeweiligen Herkunft aus Westberlin oder Westdeutschland, dem ehemaligen Jugoslawien<sup>162</sup> oder der Tschechoslowakei zu tun. So bezogen sich alle deutschstämmigen Therapeutinnen und Therapeuten im Interview auf den Zweiten Weltkrieg und entweder auf die Vergangenheit ihrer Familien (Verlust von Verwandten, Kriegserfahrung des Vaters oder Flüchtlingsschicksal der eigenen Familie) oder auf die deutsche Kriegsschuld. Zwei Therapeutinnen sprachen darüber, ihre Zugehörigkeit zur „Täternation“ bewusst in den Gruppentherapien thematisiert zu haben, da sie dies für unabdingbar hielten, denn theoretisch hätten ihre Väter gegen die Väter der Flüchtlinge im Zweiten Weltkrieg gekämpft haben können.<sup>163</sup> Diese Schuld wurde zu einer Verantwortung den Flüchtlingen gegenüber, deren Aufnahme und menschenwürdige Behandlung als ein Teil deutscher Wiedergutmachung verstanden wurde. In dieser Logik verbanden sich gesellschaftliche und individuelle Ebenen und durchzogen sich gegenseitig. Zudem gab es eine lokalpolitische Dimension, die konkrete Personen, lokalgeschichtliche Gegebenheiten und Inzidenzen beinhaltet. Um diese gesellschaftlichen, individuellen und lokalen Aspekte der Vergangenheitsbewältigung geht es mir im Folgenden.

Im Zusammenhang mit deutscher Schuld und Wiedergutmachung erhielt die psychotherapeutische Behandlung, die Vielzahl geschriebener Stellungnahmen und die Lobbyarbeit für die Flüchtlinge eine historisch-politische Bedeutung. Hier verbanden sich die zunehmende Thematisierung der deutschen Nachkriegsvergangenheit nach der Wiedervereinigung mit der Anwesenheit bosnischer Flüchtlinge, die von ihren Erfahrungen und Leiden berichteten, zu einem machtvollen Narrativ. Das wiederum konnte Akteure wie den Vorsitzenden der Berliner Ärztekammer oder auch Politiker mobilisieren, wie die Homepage des Behandlungszentrums für Folteropfer zeigt. Dabei war es nicht unerheblich, dass es sich bei den Bosnierinnen und Bosniern um Flüchtlinge handelte und nicht um Folteropfer, die unter Umständen selbst politisch aktiv waren und häufig auch selbst Täterinnen oder Täter. Letzteres galt zum Beispiel für Kurdinnen und Kurden, die größte Patientinnen- und

<sup>162</sup> Genauer kamen sie aus Belgrad und Zagreb, den beiden Städten, in denen Psychoanalytikerinnen und -analytiker, Gestalttherapeutinnen und -therapeuten ausgebildet wurden und es psychoanalytische Vereinigungen gab. Im Gegensatz zu anderen sozialistischen Staaten, wurde die Psychoanalyse im ehemaligen Jugoslawien nicht als bürgerlicher/kapitalistischer Auswuchs diskreditiert, sondern war als Therapiemethode anerkannt, da einer der beiden führenden jugoslawischen Nachkriegspsychoanalytiker, Stjepan Betlheim, ein Kampfgefährte Josip Broz Titos war (pers. Mailkommunikation mit Frau Dr. Džubur-Kulenović). Er kam nach Kriegsende an die Klinik für Neuropsychiatrie in Zagreb und setzte die Ausbildung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Psychoanalyse fort, die er schon vor dem Krieg begonnen hatte, aber in den Kriegsjahren unterbrach (Černi 2006). In Belgrad wurde von Nikola Mikloš Šugar Ende der 1930er Jahre ein Psychoanalytisches Seminar gegründet, in dem bis 1941 Analytikerinnen und Analytiker ausgebildet wurden. Šugar wurde in ein deutsches Konzentrationslager verschleppt und ermordet. In den 1950er Jahren begann einer seiner Schüler Vojin Matić Therapeutinnen und Therapeuten auszubilden (Beogradsko psihoanalitičko društvo (undatiert)). Die ausgebildeten ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten arbeiteten an Kliniken, vereinzelt auch niedergelassen, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten hingegen nur an Kliniken. Dass sie Praxen eröffnen, ist auch in der BRD eine neuere Entwicklung, da sie erst 1999 ins Regelsystem der Gesundheitsversorgung integriert wurden.

<sup>163</sup> Dies ist ein Motiv, das vor allem im Südost thematisiert und auch in einem Text der Leiterin bearbeitet wurde (Schedlich 2005). Die deutsche Kriegsschuld wurde nur von Frauen angesprochen, die beiden Männer bezogen sich auf die Betroffenheit ihrer Familien als vielleicht unbewusst wirkende Ursache für ihr Engagement in der Flüchtlingsarbeit. Beide sind in den Behandlungszentren tätig, die Frauen waren vor allem ehrenamtlich engagiert. Hier scheint es Zusammenhänge zu geben, die ich jedoch nicht vollständig untersuchen konnte, da ich dafür noch mit weiteren Therapeutinnen und Therapeuten hätte sprechen müssen.

Patientengruppe in den Berliner Behandlungszentren, deren Vereinigungen auch hierzulande teilweise als terrorverdächtig eingestuft wurden. Auch waren die Bosnierinnen und Bosnier überwiegend keine Kriegsveteranen, die oft selbst Gewalttaten verübten und damit auch zu Tätern wurden. Flüchtlinge sind per Definition „hilflose Opfer“ und als solche bedürfen sie uneingeschränkter Unterstützung.<sup>164</sup>

Mit dem, was im bzfo geleistet wird, wird eine völkerrechtliche, gesellschaftliche und menschliche Verpflichtung von uns Deutschen wahrgenommen. Unser Land hat sich auf Grund der Konvention der Vereinten Nationen gegen Folter zu einer möglichst vollständigen **Rehabilitation von Folteropfern** verpflichtet. Wir haben dafür auf Grund der Geschichte dieses Jahrhunderts eine besondere Verantwortung. Wir schulden sie jedem Menschen, zumal wenn sie als **körperlich und seelisch schwer traumatisierte Flüchtlinge** bei uns sind [Hervorhebung A. W.]. (Dr. Richard von Weizsäcker auf der BZFO Homepage [www.bzfo.de](http://www.bzfo.de) [Stand 20.01.2008])

Um auch die Hilfsbedürftigkeit von Folterüberlebenden zu betonen und ihre (Mit-)Täterschaft zumindest für Mitteleinwerbung und Lobbyarbeit zu übergehen, werden sie als *Folteropfer* bezeichnet. Verstärkt wird diese Hilfsbedürftigkeit aufgrund ihres Opferstatus durch ihre Nennung in Verbindung mit Flüchtlingen und der deutschen historischen Verantwortung.

Im Zitat des ehemaligen Bundespräsidenten von Weizsäcker verbinden sich die Themen historische Verantwortung, Folteropfer und traumatisierte Flüchtlinge<sup>165</sup> zu einer logischen Abfolge, als wäre die Rehabilitation von in ihrem Heimatstaat Gefolterten einzig die Aufgabe der deutschen Gesellschaft und keines anderen Staates. Es entsteht der Eindruck, den Überlebenden stünden die deutschen Türen offen, um Zuflucht zu suchen, und als könnte in der Fremde für sie alles wieder gut werden. Unbeachtet bleibt, dass es politisch Verfolgten oft explizit um eine Verbesserung der politischen Verhältnisse in ihrem Staat geht, nicht um gesundheitliche Rehabilitation im Exil. Flüchtlinge und Folteropfer wurden hier zu einer Gruppe, obwohl sie sowohl vom Aufenthaltsstatus her (Gruppenregelung kontra individuelles Asylverfahren) als auch therapietechnisch (Gruppen- kontra Einzeltherapie) nicht zu vergleichen sind, auch wenn sie in der gleichen Institution behandelt wurden. Der Verweis Überlebender politischer Gewalt an die Behandlungszentren entlastet die Politik. Schließlich gewährte Deutschland politisch Verfolgten Asyl<sup>166</sup> und nahm kriegstraumatisierte Flüchtlinge auf. In den Behandlungszentren wurde ihnen geholfen, wieder gesund zu werden. In ihren Herkunftsländern konnte und musste deutsche Politik nichts ändern – und wollte es vielleicht auch nicht.

Im Gegensatz zu den deutschen Therapeutinnen und Therapeuten, sprachen die kroatischen,

<sup>164</sup> Dass sie diese trotz humanitärem Anspruch in Deutschland nicht erhielten, zeigten die Studien von Hohlfeld (2008) und Fuchs (1999) zur deutschen Flüchtlingspolitik im konkreten Fall der bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge.

<sup>165</sup> Interessant ist die Formulierung „körperlich und seelisch traumatisiert“. Herr von Weizsäcker meint wahrscheinlich mit „körperlich“ versehrt und nicht verletzt, denn ein körperliches Trauma ist eine „offene Wunde“, eine „Verletzung“ (Fischer-Homberger 1999). Sobald sie verheilt, ist es eine Narbe und kein Trauma mehr. Um das körperliche Gedächtnis, das ich gerade beschrieb, geht es von Weizsäcker sicherlich nicht. Welchen Zustand „körperlich traumatisiert“ bezeichnet, bleibt unklar.

<sup>166</sup> Zumindest theoretisch, denn in der Praxis tat die BRD es in den 1990er und 2000er Jahren eher selten. Die Asylanerkennungsraten fielen. Die neue Darstellung im Bericht des Bundesministeriums für Migration und Flüchtlinge beginnt 2000. Auch hier ist eine Abnahme von einer circa 5-prozentigen Anerkennungsquote auf eine circa 1-prozentige im Jahr 2007 zu beobachten (BAMF 2007: 41). Vor dem Hintergrund von drastisch gesunkenen Asylantragstellungen, es waren 116.367 im Jahr 1996 und nur noch 19.164 im Jahr 2007 (BAMF 2007: 11), ist das Sinken der Quote noch einmal drastischer in absoluten Zahlen.

serbischen und tschechischen Therapeutinnen und Therapeuten keine historischen Parallelen oder Verpflichtungen an. Sie waren durch ihre Sprachkenntnisse zur Arbeit mit den Flüchtlingen gekommen bzw. die Flüchtlinge kamen deshalb zu ihnen. Frau P. leitete ihre Antwort auf meine Frage, wie für sie die Arbeit mit traumatisierten Bosnierinnen und Bosnier begann, bemerkenswerter Weise mit dem Satz ein: „Wobei ich muss ehrlich sagen, ich hatte nie irgendwie vorgehabt ein guter Mensch zu werden und Traumatisierte zu behandeln. Als ich diese Stelle bekam im Flüchtlingswohnheim, da habe ich zwar gewusst, dass es Flüchtlinge gibt, aber das war so ungefähr auch alles.“ Traumatisierte zu behandeln wurde mit humanitärem Einsatz assoziiert, obwohl es für die meisten meiner Gesprächspartnerinnen und -partner (auch) Erwerbsarbeit war. Die Kombination von bürgerlichem Engagement, um ein „guter Mensch“ zu sein, und das Abtragen deutscher Schuld, ließ sich in den Äußerungen von Personen mit einem deutschen Hintergrund, die in der Flüchtlingsarbeit engagiert waren, immer wieder finden. Im Gegensatz dazu verwiesen meine Gesprächspartnerinnen und -partner mit „Migrationshintergrund“ nicht auf die deutsche Vergangenheit. Frau P. machte klar, dass es für sie eine normale Arbeitsstelle gewesen sei, auf die sie sich bewarb, Frau E., die aus Jugoslawien stammte, beschrieb es für sich ähnlich. Herr Dr. B. und Frau G. bezogen sich mit keinem Satz auf eine historische Verantwortung der deutschen Gesellschaft oder eine persönliche Verpflichtung, aufgrund ihrer serbischen Herkunft den bosnischen Flüchtlingen zu helfen. Für meine vier deutschen Gesprächspartnerinnen und -partner war ihre Herkunft und nationale Vergangenheit jedoch ein wichtiges Thema. So unterstrich Frau A. die Verbindung zwischen deutscher Vergangenheit und den bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen im Interview. Sie beschrieb sie am Beispiel älterer Kollegen, mit denen sie telefonierte, um sie um Unterstützung für die bosnischen Flüchtlinge zu bitten.

Es gibt ja auch reale Schuld, dann trotzdem auch zu gucken wie ist das für einen kleinen Jungen, der mit seiner Mutter irgendwie, deren Mann ein großer Nazi war und auch wirklich gesellschaftlich und moralisch Unmögliches getan hat, aber was bedeutet das für den kleinen Jungen? Und dann durch Schnee und Eis und Dreck irgendwie nach Berlin zu laufen, nirgendwo unterzukommen, nicht willkommen zu sein, hier dann kein Zuhause zu haben und sich irgendwie mit dieser Mutter dann in einem depressiven Werdegang hier durchzuschlagen. Und dann eben leitender Arzt im Gesundheitsamt hier zu sein. Sodass einige mir dann auch gesagt haben „na mir hat ja auch keiner geholfen, meiner Mutter und mir, wieso wollen die jetzt? Und ich bin doch auch kein schlechter Mensch geworden.“ Also wo es auch wirklich noch mal darum ging, wenn gesamtgesellschaftlich diese Diskussion nicht entsteht, was ja zurzeit der Fall ist. Also da haben die Deutschen ja auch viel von den Kriegsflüchtlingen einfach profitiert, das müssen sie auch mal anerkennen, dass sich dadurch viel verändert hat. Ansonsten muss eine ganz harte, rigide Haltung einsetzen gegenüber den Flüchtlingen, die mit den Flüchtlingen nichts zu tun hat. Sondern wo es eher darum geht ein eigenes Trauma irgendwie unten zu halten. Und das habe ich darüber unmittelbar verstanden. Ansonsten man versteht nicht, wenn da ein Kollege, der ansonsten irgendwie ein ganz akzeptabler Mensch ist, auch fachlich gut ausgebildet, dann plötzlich sagt: „nein, da liegt keine Traumatisierung vor.“ Ich habe am Anfang dann oft mit vielen rumtelefoniert und dann gesagt, wieso und das versteh ich nicht und wo dann solche Sätze kamen. Also da habe ich einfach viel begriffen. (Frau A.)

Die ablehnenden Reaktionen älterer Kolleginnen und Kollegen, die in Berlin während der Nachkriegszeit aufgewachsen waren und selbst viele Entbehrungen hatten hinnehmen müssen, interpretierte Frau A. in psychodynamischen Kategorien als Vermeidung. Die an der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung zweifelnden Kolleginnen und Kollegen wurden so zu Opfern

des Zweiten Weltkrieges, die ihre seelischen Verletzungen nicht verarbeitet haben und deshalb nicht mit den bosnischen Flüchtlingen „mitfühl[t]en“.<sup>167</sup> Die Flüchtlinge halfen Frau A., die Denkweisen und Erfahrungen ihrer Elterngeneration zu verstehen. Die gleiche Argumentation von unverarbeiteten eigenen Traumata ließ sich auch bei Unterstützenden der Flüchtlinge, die keine psychologische Ausbildung haben, finden:

Die unnachgiebige und scheinbar „unerklärliche“ Härte der Berliner Verwaltung im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen verweist meines Erachtens auch auf unbewältigte Traumata der deutschen Kriegs- und Nachkriegsgeneration. [...] Sie sollten es nicht besser haben als „man selbst“ bzw. als das „eigene“ Kollektiv, das schließlich auch (anscheinend) ohne (therapeutische) Hilfe unter schwierigsten (Nach-)Kriegsbedingungen klar gekommen sei bzw. habe klar kommen müssen (Hohlfeld 2008: 424 f.).

Hier wird deutlich, wie stark der psychologische Diskurs in die Berliner Flüchtlingsarbeit ausstrahlte<sup>168</sup> und gleichzeitig die deutsche Vergangenheitsbewältigung mit einband. Ich finde die Heranziehung „unbewältigter Traumata“, „transgenerativer Abwehrprozesse“ und „seelischer Verhärtungen“ für die Beschreibung des behördlichen Umgangs mit den bosnischen Flüchtlingen bemerkenswert. Die Verwaltungspraxis wurde so mit individuellen und gruppenpsychischen Vorgängen erklärt, die sich im „eigenen“ Kollektiv vollziehen würden. Gleichzeitig konstituierten sich die Unterstützerinnen und Unterstützer von Flüchtlingen vor der „hartherzigen“ Behördenpraxis als mitfühlend, weil sie ihre Traumata verarbeitet hatten. Mitfühlen können wurde im Umkehrschluss zu einer Fähigkeit, die den hierzu Fähigen Selbstreflexion und Läuterung bestätigten. Sie setzten sich somit von den (kranken?<sup>169</sup>) Mitmenschen ab, die kein Mitgefühl haben, weil sie unter den unbearbeiteten Traumata weiterhin, möglicherweise unbewusst, litten.

Mitfühlen wurde als neues Paradigma formuliert, ein Verstehen und Nachempfinden der Gefühle der Flüchtlinge, der damaligen deutschen genauso wie der heutigen bosnischen. „Seit Ende der 80er Jahre hat die Präsenz [des Themas Flucht und Vertreibung, A. W.] sowohl in der Forschung als auch in den Medien stark zugenommen“ sagte der Historiker Hans-Joachim Westholt, Projektleiter einer Ausstellung im Bonner Haus der Geschichte mit dem Titel „Flucht, Vertreibung, Integration“ im Jahr 2005 in einem Interview (Biskup 2005). Die Thematisierung der deutschen Kriegs- und Nachkriegserfahrung, das Mitfühlen und das Verstehen der älteren Generation bzw. ein spezielles Interesse an deren Erlebnissen, wurde auch durch die Bosnierinnen und Bosnier möglich. „Es gibt ein Mitfühlen, das auf eigenem Erleben beruht und ebenso ein mitfühlendes Interesse der Jüngeren. Wir beobachten da so etwas wie einen Austausch zwischen den Generationen, zwischen Großeltern

<sup>167</sup> Wird davon ausgegangen, dass ein „Mitfühlen nur nach eigener Abgrunderfahrung“ möglich ist, so wären vor allem die Älteren dazu in der Lage und nicht die Nachgeborenen. In der Flüchtlingsarbeit waren es jedoch diejenigen ohne Abgrunderfahrung, die meinten, besonders gut mitfühlen zu können, obwohl sie selbst auch dies infrage stellten (vgl. Zitat aus Ottomeyer/Renner (2006) zitiert auf S. 129).

<sup>168</sup> Sowohl Frau A. als auch Herr Hohlfeld waren eine zeitlang im Südost tätig und kannten sich wahrscheinlich zumindest vom Sehen her. In seinem Kapitel zu traumatisierten bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen bezog sich Hohlfeld vor allem auf Texte aus den Berliner Behandlungszentren von Birck, Graessner, Koch, Weber und Wenk-Ahnson (Hohlfeld 2008: 969).

<sup>169</sup> Wenn die Flüchtlinge aufgrund von Kriegserfahrungen psychisch erkrankten, bestand auch die Gefahr, dass auch Verwaltungsangestellte mit Kriegserlebnissen erkrankt waren. Ein Hinweis auf eine solche Erkrankung war fehlendes Mitgefühl, das eine Abwehrreaktion aufgrund unverarbeiteter Traumata war. Natürlich hat das in dieser Form keiner behauptet, die Argumentationslinien würden es aber leicht ermöglichen.

und Enkeln. Deren Interesse ist oftmals angestoßen worden durch das Flüchtlingselend im ehemaligen Jugoslawien“ (Biskup 2005).<sup>170</sup> Das Mitgefühl betraf nicht nur die Beziehung zwischen Großeltern und Enkeln und beschränkte sich nicht auf den familiären Rahmen, wie es auch Frau A. erklärte in ihrer Ausführung über ihr wachsendes Verständnis für ältere Kolleginnen und Kollegen. Auch sie meinte, dass die Deutschen für ihre Vergangenheitsbewältigung von den Bosnierinnen und Bosniern profitierten. Die Zitate verdeutlichen, dass viele Menschen, die sich mit deutscher (Nach-)Kriegsvergangenheit beschäftigten, durch die Jugoslawien-Flüchtlinge überhaupt erst dazu gebracht wurden oder sie eine Intensivierung des Interesses an ihrem Thema seitdem wahrnahmen. Innerhalb des psychotherapeutischen und psychiatrischen Diskurses ermöglichte der Paradigmenwechsel zur Störungsdiagnostik ein „Mitfühlen“. Diagnostik und Behandlung Traumatisierter waren nicht mehr von Misstrauen, Simulationsspekulationen und der Vorannahme einer Disposition zu psychischer Krankheit gekennzeichnet. So haben es die vor 1980 (und auch noch etwas später, wie das Beispiel von Herr K. auf S. 124 zeigte) ausgebildeten Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychologinnen und Psychologen noch gelernt. Diejenigen, die den Krieg und die Nachkriegszeit miterlebten, waren Vertreterinnen und Vertreter der alten Lehrmeinung, von der sie oft auch persönlich überzeugt waren, denn das von ihnen Erlebte machte sie ihrer Ansicht nach nicht zu schlechteren oder kranken Menschen. Die jüngeren deutschen Generationen hingegen hatten große Sympathien für Kriegsoffer und verstanden die Älteren als Opfer und nicht Überlebende. Sie selbst hatten keine kriegsbedingt potenziell traumatisierenden Erfahrungen machen müssen und kannten sie nur aus Erzählungen der Eltern- und Großelterngeneration, ansonsten waren sie ihnen fremd, was die Schilderungen möglicherweise gerade interessant machte. So entstand eine Spannung zwischen denen, die selbst nichts Traumatisches erlebt aber Verständnis hatten und jenen, die Traumatisches selbst erlebten und es relativierten und damit Ersteren als verständnislos galten. Diese Spannung war auch im vom Südost ins Leben gerufenen Fachaustausch mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Bosnien vorhanden. Den dortigen Expertinnen und Experten wurde unterstellt, unreflektiert oder selbst traumatisiert zu sein und sich deshalb in die traumatisierten Flüchtlinge nicht genügend einfühlen zu können und mit ihnen überlastet zu sein (vgl. Michels-Vermeulen 2000: 3). Es war paradigmatisch, dass nicht die bosnischen, sondern die Berliner Therapeutinnen und Therapeuten die Workshops des Fachaustausches gestalteten. Damit war es weniger ein Austausch auf fachlicher Ebene, sondern eher eine Weiterbildung. Die hiesigen westlich-geprägten Psychotherapeutinnen und -therapeuten vermittelten ihr theoretisches Wissen und schauten sich die Praxis vor Ort an (Fachaustausch 2000: Punkt 9). Die Berliner Psy-Vertreterinnen und -Vertreter, die selbst keinen Krieg erlebten, aber auf ihre Elterngeneration und deren Erfahrungen verwiesen, engagierten sich für Flüchtlinge, deren Erzählungen sie kaum glauben konnten. Gleichzeitig meinten sie, dass deren Schilderungen für Außenstehende kaum nachvollziehbar wären, sprachen aber auch in den Verlauf und die Hintergründe des Krieges Eingeweihten, wie den bosnischen Therapeutinnen und Therapeuten, diese Fähigkeit ab. Die einen konnten die Grausamkeiten nicht wahrhaben, die anderen nicht die seelischen Auswirkungen und

---

<sup>170</sup> Auch der Volksbund Deutsche Kriegsgräberfürsorge „beobachtet ein wachsendes Interesse am Volkstrauertag [...]. Auch in der zweiten und dritten Nachkriegsgeneration ist das Interesse groß“ (Ostseezeitung 14.11.2008: 7).



die individuellen Beeinträchtigung (an-)erkennen.

Zu diesen Diskursen und Entwicklungen hatten die muttersprachlichen Therapeutinnen und Therapeuten keine Beziehung, da sie keine deutsche Vergangenheit bewältigen mussten. Ihr Altruismus hatte, wenn er vorhanden war, andere Ursachen. Herr Dr. B. begründete ihn mit dem Arztethos, denn er hätte bereits in der Ausbildung gelernt, dass Arztsein ein 24-Stunden-Job sei. Frau G. engagierte sich nicht innerhalb der Flüchtlingsarbeit und wurde deshalb von den bosnischen Flüchtlingen auch nicht so stark aufgesucht, wie andere serbokroatisch sprechende Therapeutinnen und Therapeuten. Sie hatte eine einfache Erklärung für ihre Arbeit mit Traumatisierten:

Und dann habe ich irgendwann eine Traumatherapie-Ausbildung<sup>171</sup> gemacht und dann habe ich immer mehr mit diesen Menschen gearbeitet, aber gezwungen durch den Krieg sozusagen, denn ich weiß nicht, ob ich in diese Richtung gegangen wäre, wenn es keinen Krieg gegeben hätte. [...] mich zu spezialisieren auf Trauma, das war Zufall sozusagen. (Frau G.)

Es war Zufall und der Lauf der Dinge, die Frau G. zur Arbeit mit Traumatisierten führten. Auch für Frau E. war es in erster Linie den historischen Umständen geschuldet, dass sie traumatisierte Flüchtlinge behandelte. Obwohl das Reagieren auf historische Gegebenheiten bei allen Psy-Vertreterinnen und -Vertretern vorzufinden war und nur Frau A. explizit gefragt wurde, ob sie mit Traumatisierten arbeiten wolle, wurde es nicht so geschildert. Es war kein Zufall sondern politisches (ehrenamtliches) Engagement oder die eigene Familienvergangenheit, die meine Gesprächspartnerinnen und -partner bewegte, bosnische Flüchtlinge zu behandeln, zum Teil sogar ohne Bezahlung.

Nur Frau P., die sich zwar davon distanzierte, ein guter Mensch sein zu wollen, engagierte sich trotzdem mit unzähligen Überstunden für die Flüchtlinge. Bei einem Workshop des DRK im Jahr 2003<sup>172</sup> übergab sie noch abends auf einem U-Bahnhof einem Flüchtling eine psychologische Stellungnahme, die sie am Vorabend nach dem Workshop geschrieben hatte, weil er sie am Folgetag auf der Ausländerbehörde vorlegen musste. Es ist kein Zufall, dass die meisten meiner Gesprächspartnerinnen und -partner beim zfm in Behandlung waren. Frau P. und ihre Kolleginnen leiteten mehrere und große Gruppen an. Die Anstrengungen der Arbeit beschrieb auch Frau R., die sich nach einem Burnout-Seminar dazu entschied, keine weiteren Flüchtlinge in Behandlung aufzunehmen, um auf ihre „Seelenhygiene“ zu achten. Ähnliche Motive bewogen auch Frau A. und Herrn W. dazu, sich aus der Flüchtlingsarbeit mit traumatisierten Flüchtlingen zurückzuziehen.

Das Wissen, mit den Therapien und Stellungnahmen den Flüchtlingen eine Duldungsverlängerung und perspektivisch einen Aufenthaltstitel zu ermöglichen, verlieh den Therapeutinnen und Therapeuten eine neue Rolle und Verantwortung für das Schicksal ihrer Klientinnen und Klienten. Die neuen Einflussmöglichkeiten konnten auch überfordern, wenn es den Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen nicht gelang, sich ausreichend von den Sorgen und Ängsten der Flüchtlinge abzugrenzen. Dieses Spannungsfeld zwischen der Rolle des Lebensretters und der Sorge um sich selbst wurde auch von anderen Psy-Expertinnen und -Experten in der

---

<sup>171</sup> Frau G. benutzte den Begriff Traumatherapie, wenn sie von EMDR<sup>TM</sup> sprach.

<sup>172</sup> DRK-Workshop: „Trauma Work with Refugees: Framework, Professions, Perspectives“ Berlin, 11.–13. Februar 2003 als Teil eines EU-Projektes im Rahmen der European Initiative for the Promotion of Democracy and the Protection of Human Rights (Budget Line B7–70).

Flüchtlingsarbeit thematisiert (Birck et al. 2002: 199 ff.; Haenel/Wenk-Ahnson 2004: 208 ff.; BAFF 2006: 31 ff.). Die Abgrenzung von den Problemen der Klientinnen und Klienten ist in allen helfenden Professionen wichtig, besonders aber im Bereich der psychotherapeutischen Hilfen für Flüchtlinge, deren Akteure durch die aufenthaltsrechtlichen Weisungen eine neue Entscheidungsgewalt erhielten. Diese neue Rolle der Therapeutinnen und Therapeuten als Einzelfallentscheiderinnen und -entscheider wurde in zwei Diplomarbeiten thematisiert (Groninger 2001 und Rafailović 2005) und auch von der „Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer“ (BAFF 2006). Gesellschaftliche und individuelle Ebenen sind in diesen Dynamiken mehrfach miteinander verzahnt.

Zudem hat die Diskussion um die nationalsozialistische Vergangenheit auch eine lokale Ebene. Im Kapitel zur Diagnose wies ich bereits darauf hin, dass die Diagnostik den gesellschaftlichen Hintergrund für Traumatisierungen ausblendet, dieser sich aber immer wieder aufdrängt. So wurden zum Beispiel die Sorgen bosnischer Flüchtlinge durch unsichere und reglementierte Lebensumstände verstärkt; deshalb erweiterten Psy-Vertreterinnen und -Vertreter in der Flüchtlingsarbeit das Diagnosekonzept durch ein weiteres eher soziologisches Konzept: die sequentielle Traumatisierung nach Keilson.

Der Psychoanalytiker und Psychiater Hans Keilson verfasste eine Arbeit über jüdische Waisenkinder in den Niederlanden, die im Untergrund die deutsche Belagerung überlebten und nach dem Ende des zweiten Weltkrieges aufgrund unklarer familiärer Zugehörigkeit in Waisenhäusern blieben, mehrere Pflegefamilien wechselten oder bei Volljährigkeit auf sich selbst gestellt waren. Diese unsichere Nachkriegszeit wurde von ihnen als sehr belastend erlebt, sodass Hans Keilson die traumatische Situation in drei Phasen oder Sequenzen<sup>173</sup> einteilte und dazu analog das Phänomen „sequentielle Traumatisierung bei Kindern“ nannte (Keilson 1979/2005). Sein Konzept orientiert sich an konkreten gesellschaftlichen Entwicklungen und schloss den Umgang einer Gemeinschaft mit den Betroffenen nach dem ursprünglichen traumatischen Ereignis ein<sup>174</sup>, der in den diagnostischen Manualen völlig ausgeblendet wird.

Genau dieses kontextuelle Verständnis von Traumatisierung wurde von Berliner Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Psychiaterinnen und Psychiatern als theoretische Grundlage für ihre Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen<sup>175</sup> genutzt. Besonders Therapeutinnen und Therapeuten aus dem Umkreis des Südost e. V. und des BZFO vertraten diese Auffassung mit einer Betonung der dritten traumatischen Sequenz, „Nachkriegszeit mit allen Schwierigkeiten der

<sup>173</sup> „Allgemein gesprochen lassen sich im Schicksal der Verfolgten drei Phasen unterscheiden:

- 1) Die Beginnphase mit den präludierenden Momenten der Verfolgung;
- 2) Aufenthalt im Konzentrationslager oder im Versteck;
- 3) Nachkriegszeit mit allen Schwierigkeiten der Wiedereingliederung etc.“ (Keilson 2005: 56).

<sup>174</sup> Mit der Berücksichtigung des Umfeldes knüpft Hans Keilson an Konzepte von Bruno Bettelheim und Masud Khan an (vgl. Becker 2004).

<sup>175</sup> Keilsons Konzept wurde analog auf die bosnischen Flüchtlinge übertragen, obwohl es keine Untersuchung zu seiner Anwendbarkeit auf Erwachsene gibt. Keilsons Stichprobe bestand aus Kindern und Jugendlichen (0–18 Jahre beim deutschen Überfall auf die Niederlande), die psychiatrisch behandelt wurden. Es handelt sich also nicht um eine Untersuchung der Gesamtheit Überlebender im Kindes- und Jugendalter sondern solchen, die psychiatrisch auffällig wurden. Positive Lebensgeschichten sind damit nicht untersucht worden. Zudem waren die Unterscheidungen der „Sequenzen“ an konkrete historische Ereignisse (vgl. Fußnote 173) gekoppelt. Diese Einschränkungen wurden nie gemacht, denn das Konzept war äußerst anschlussfähig.

Wiedereingliederung etc.“ (Keilson 2005: 56), die von ihnen in die Öffentlichkeit getragen wurde (z. B. Reichelt 2000; Birck et al. 2002: 143; Haenel/Wenk-Ahnson 2004: 54 oder BAFF 2006: 45 ff.). Die unveränderte Neuauflage des 1979 erschienenen Buches „Sequentielle Traumatisierung bei Kindern“ im Jahr 2005 hatte auch mit der so entstandenen steigenden Nachfrage zu tun.

So wurden Berliner Verwaltungen unter Zuhilfenahme des Konzepts der „Sequentiellen Traumatisierung“ geschult und den Sachbearbeiterinnen und -bearbeitern erklärt, dass verwaltungstechnische Vorgänge zur Verschlechterung des Befindens traumatisierter Flüchtlinge im Sinne der dritten traumatischen Sequenz beitragen und deshalb besondere Vorsicht geboten sei. Auch in der Lobbyarbeit konnte das Konzept erfolgreich eingesetzt werden (Funke/Rhotert 1999: 273 f. und Hohlfeld 2008: 355). Im folgenden Zitat, wo es darum geht, wie die Berliner Ärztekammer von der Schutzbedürftigkeit bosnischer Flüchtlinge und ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte überzeugt werden sollte, wird klar wie das Konzept half, Unterstützende zu gewinnen:

Nachdem Herr Jonitz [Vorsitzender der Berliner Ärztekammer, A. W.] zu Anfang sehr skeptisch gewesen war und mich das auch deutlich hat spüren lassen, haben wir es irgendwie geschafft, im Verlauf des Gesprächs einen Draht zueinander zu finden und ich glaube, mir hat die Türen geöffnet, dass ich mich auf Hans Keilson bezogen habe. Günther Jonitz hat früher im Moabiter Krankenhaus gearbeitet und das hat eine jüdische Vergangenheit und Psyche, und das hat es mir wirklich leicht gemacht. Und dann habe ich da erzählt über das Konzept der sequentiellen Traumatisierung, dritte Sequenz und so und Jonitz konnte mich auf einmal verstehen. Und während er zu Anfang meinte, ist das überhaupt eine Diagnose? Und ich so, ja, ICD-10; F-43.1 und ich habe die ganzen Kriterien aufgezählt und er war einfach ganz skeptisch und so. Und dann auf einmal mit Keilson hat er endlich was verstanden, so hatte ich das Gefühl. (Frau R.)

Die anfängliche Skepsis des Vorsitzenden der Berliner Ärztekammer den in der Flüchtlingsarbeit engagierten Psychiaterinnen und Psychiater gegenüber wich mit dem theoretischen Bezug auf Keilsons Konzept, womit er „etwas anfangen konnte“. Das daraus resultierende Verständnis für die Situation bosnischer Flüchtlinge und ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte mündete in eine sehr erfolgreiche Unterstützung durch die Berliner Ärztekammer. So wurde in der Ausgabe der Sendung „Kontraste“ durch den Vorsitzenden der Ärztekammer darauf hingewiesen, dass Verwaltungsärzte – gemeint ist der begutachtende Polizeiärztliche Dienst – knapp 50 Jahre nach Kriegsende wieder zu „Erfüllungsgehilfen der Staatsgewalt“ (Soliman 2000) würden. Wieder ist die deutsche Vergangenheit ein kraftvoller Katalysator für die Unterstützerinnen und Unterstützer der Flüchtlinge, zu denen ab dem Jahr 2000 und der Eskalation mit der Durchsuchung der Praxis von Herrn Dr. B. auch die Berliner Ärztekammer zu zählen war, die eindeutig Stellung gegen die Berliner Innenverwaltung bezog.

Frau R. sprach die Ausbildung von Herrn Dr. Jonitz, die er im Krankenhaus Moabit absolvierte, an. Dieses spielte ebenfalls eine Rolle und illustriert weitere Verbindungen der Flüchtlingsarbeit zur deutschen Vergangenheitsbewältigung, diesmal ortsgebundener und individueller Natur. Zu Beginn der 1980er Jahre war auch Dr. Christian Pross, späterer langjähriger Leiter des Behandlungszentrums für Folteropfer, im Krankenhaus Moabit angestellt. Angestoßen durch ein Wandbild des ehemaligen „Oberarztes und Widerstandskämpfers Dr. Georg Groscurth, der am 8.

Mai 1944 im Zuchthaus Brandenburg hingerichtet wurde“ (Pross/Winau 1984: 7), begann Dr. Pross die nationalsozialistische Vergangenheit des Krankenhauses zu erforschen. Vor der Machtergreifung der Nationalsozialisten gehörten 70 Prozent der Ärzte zur jüdischen Minderheit und wurden 1933 entlassen. In der Festschrift zum 100-jährigen Bestehen des Krankenhauses (1972) fanden sich kurze Hinweise auf Dr. Groscurth, die Massenentlassung jüdischer Ärzte und eine Namensliste sämtlicher Chefärzte des Krankenhauses, die die Grundlage für weitere Recherchen bildeten. Die Überlebenden oder ihre Familien wurden ausfindig gemacht und interviewt, Fotos und Akten von Entschädigungsverfahren, die alte Originaldokumente enthielten, gesammelt.

Die Krankenhausarchive wurden gegen Kriegsende systematisch vernichtet oder gingen in den Kriegswirren zu großen Teilen verloren, deshalb konnten die meisten Dokumente nur im Privatbesitz der Überlebenden oder ihrer Nachkommen recherchiert werden. Es entstand ein Buch, das am Beispiel des Krankenhauses Moabit auf der Basis der Schilderung von Einzelschicksalen Diskriminierung und Verfolgung im Dritten Reich nachvollziehbar machte. Es war Dr. Pross' erste medizinhistorische Arbeit mit Bezug zur Verfolgung und Ermordung jüdischer Bürgerinnen und Bürger. Vier Jahre später erschien seine Arbeit zu den Entschädigungsverfahren „Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer“ (Pross 1988), in der er die bundesdeutsche Entschädigungspolitik und die Fortsetzung der Diskriminierung jüdischer Überlebender durch deutsche begutachtende Psychiater schilderte. Durch die Recherche zur Vergangenheit des Krankenhauses Moabit kam er mit den Akten, Antragstellenden und deren Familien das erste Mal in Kontakt; dies bildete die Grundlage für sein zweites Buch. 1989 war Dr. Pross Leiter eines Ausstellungsprojekts der Ärztekammer Berlin mit dem Titel „Der Wert des Menschen – Medizin in Deutschland 1918–1945“, die zum Deutschen Ärztetag in Berlin eröffnet wurde (Birck et al. 2002: xvii). Drei Jahre später, 1992, wurde er zum ersten Leiter des Behandlungszentrums für Folteropfer, das im Jahr 2005 in ein Gebäude auf dem Gelände des – inzwischen von der Stadt aus Kostengründen geschlossenen – Krankenhauses Moabit umgezogen ist. Somit befindet sich das BZFO heute auf dem Gelände eines Ortes, der für die Vergangenheitsbewältigung deutscher und insbesondere Berliner Ärztinnen und Ärzte von Bedeutung war.

2007 wurde von der Berliner Ärztekammer das erste Mal die Georg-Klemperer-Ehrenmedaille, „eine Medaille für verdiente Ärzte im Namen Georg Klemperers“ (Pross 2007) an drei Ärztinnen und Ärzte verliehen (Ärztekammer Berlin 2007: 18 f.). Georg Klemperer war ein jüdischer Arzt im Krankenhaus Moabit. Dr. Pross hielt die Festrede, in der er seine eigenen Verbindungen zum Krankenhaus Moabit beschrieb, das soziale Engagement dessen jüdischer Ärztinnen und Ärzte für die Berliner bis zur Machtübernahme der Nationalsozialisten und auch die Rolle deutscher Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus.

Auch Herr Dr. Jonitz wurde im Krankenhaus Moabit praktisch ausgebildet und das zu dem Zeitpunkt als das Buch von Pross erschien.<sup>176</sup> Dr. Jonitz konnte mit Keilson's Konzept „etwas anfangen“, weil er die Diskussionen um die nationalsozialistische Vergangenheit auf seiner damaligen Arbeitsstelle miterlebte, die nicht in der psychiatrischen Abteilung angesiedelt war, wo

---

<sup>176</sup> Sein Lebenslauf unter: [http://www.aerztekammer-berlin.de/05\\_Unsere\\_Kammer/15\\_Vorstand/index.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/05_Unsere_Kammer/15_Vorstand/index.html) [Stand 23.01.2008].

es um Folgen eines psychischen Traumas auch außerhalb des politischen Diskurses hätte gehen können, sondern in der Rettungsstelle des Krankenhauses. Das spricht für eine breite Thematisierung der nationalsozialistischen Vergangenheit im Klinikum, das eine konkrete Verbindung zur Verfolgung und Vernichtung der jüdischen Bevölkerung und der Rolle deutscher Ärzte hatte. Dr. Jonitz' politisches und historisches Bewusstsein und seine enge Verbindung zum Krankenhaus Moabit illustriert ein offener Brief, in dem er die Schließung des Krankenhauses durch den Senat in einem Kommentar im Berliner Ärzteblatt scharf attackierte (Jonitz 2001).

Es war eine zufällige zeitliche Koinzidenz: Herr Dr. Jonitz war im zweiten Jahr Vorsitzender der Berliner Ärztekammer, als seine Kollegin, Frau R., ihn um Unterstützung bat. Als sie sich auf die jüdische Erfahrung des Holocaust bezog, hatte Herr Dr. Jonitz einen Anknüpfungspunkt, und die Leidenserfahrungen der jüdischen und bosnischen Opfer wurden zur gleichen Angelegenheit. Bezeichnenderweise war es nicht die ICD-10, die den Arzt überzeugte, sondern Keilsons Konzept der dritten traumatischen Sequenz (vgl. Zitat von Frau R. auf S. 142). Verkürzt hieß die Botschaft: Die deutsche Gesellschaft muss den bosnischen Flüchtlingen aufgrund ihrer historischen Verpflichtung helfen.

Deshalb mischte sich die Berliner Ärztekammer zunehmend in die Auseinandersetzung zwischen Ärztinnen sowie Ärzten und der Senatsverwaltung für Inneres ein und schlug zum Beispiel Anfang 2000 ein gemeinsames Konsil zwischen den behandelnden und den für die Verwaltung begutachtenden Kolleginnen und Kollegen in Zweifelsfällen vor (Abgeordnetenhaus Berlin 23.03.2000: 300A und 06.07.2000: 9). Mit der abschließenden Regelung im Jahr 2002 wurde der Berliner Ärztekammer neben der Psychotherapeutenkammer, die erst zwei Jahre bestand, sogar noch mehr Verantwortung übertragen als sie mit den Konsilen ursprünglich vorschlug. Denn nun waren die Kammern für die Überwachung der Qualität der Begutachtungen zuständig und im Gegenzug wurden diese verbürgten Stellungnahmen von der Verwaltung anerkannt. Die Verbindungen zwischen deutscher Vergangenheitsbewältigung und den bosnischen Flüchtlingen durchzog sowohl die individuellen Schilderungen der Therapeutinnen und Therapeuten sowie Erklärungen für gesellschaftliche Entwicklungen und war mit konkreten Orten und Personen verknüpft.

#### **4.2.4 Therapeutisches Wachsen**

Im Folgenden geht es mir um zwei Bevorzugungen: Zum einen wurde die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung bevorzugt, sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von den Therapierenden. Daneben waren auch die Traumatisierten bevorzugte Patientinnen und Patienten der Behandelnden; auch hierfür gab es spezifische Ursachen. Resultat dieser beiden Entwicklungen ist die Bevorzugung psychologischer Interpretationen und psychotherapeutischer Behandlungen für menschliche Leidenserfahrungen. Diese Psychotherapien halfen, das schlechte Wohlstandsgewissen westlicher Therapeutinnen und Therapeuten zu beruhigen, den Betroffenen hingegen legten sie nahe, sich mit dem widerfahrenen Unrecht abzufinden.

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen war für die Behandelnden fordernd aber auch erfüllend. Die Patientinnen und Patienten hatten sozusagen einen „Opferbonus“, denn sie konnten nichts für

ihre Erkrankung. Ihnen ist Schreckliches widerfahren, für das sie keine Verantwortung tragen. Das unterschied sie von anderen Patientinnen und Patienten in der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxis. Therapeutinnen und Therapeuten entwickelten leicht Sympathien für Traumatisierte, die über die normale therapeutische Empathie hinausging. Traumatisierte waren ein Stück weit beliebte Klientinnen und Klienten, denen viel Verständnis entgegengebracht wurde, wie das folgende Zitat zeigt:

In der therapeutischen Arbeit mit TraumaklientInnen ist eine wohltuende Tiefe erreichbar. Da der Beitrag zur Rehabilitation und Integration extremtraumatisierter Menschen befriedigend erlebt werden kann, stellt sich die philosophische Frage nach dem Sinn des Daseins und der beruflichen Tätigkeit etwas seltener. Die gemeinsame Erfahrung von vielfältigen und extremen Emotionen und starker Solidarität schafft für mich eine Form der Begegnung und Intensität, die in anderen therapeutischen Beziehungen weniger der Fall ist. (Birck et al. 2002: 225)

Das Zitat (ein ähnliches findet sich in BAFF 2006: 33) illustriert die persönlichen Veränderungen aufseiten der Behandelnden, die sie einen ideellen Gewinn aus der Behandlung von Traumatisierten ziehen ließ, den sie nicht (so oft) in der Behandlung anderer Klientinnen und Klienten fanden.

Traumatisierte waren „Lieblingspatient(inn)en“ für die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter, die sich die Arbeit mit ihnen zutrauten. Denn viele Menschen, auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten, schreckten vor dem Leid zurück. Diese Erfahrung machte ich auch persönlich wenn ich von meiner Arbeit mit Flüchtlingen, insbesondere mit traumatisierten, erzählte. Der Umgang mit Traumatisierten galt als schwer, weil man sich viele grausame Dinge anhören musste. Gleichzeitig schaffte dies eine intensive Verbundenheit mit den Betroffenen, wie es auch das obige Zitat beschrieb. Das Erkranken an Unrechtserfahrungen und Katastrophen fanden nicht nur die Behandelnden legitim und logisch, auch gesellschaftlich wurde dies als selbstverständlich angesehen. Auch die benötigten Interventionen waren klar, weshalb mit dem Krieg in Bosnien sofort „medizinische und psycho-soziale“ Hilfen für die Flüchtlinge gefordert wurden (Bundesrat 15.12.1995: 3). Es waren also Spezialistinnen und Spezialisten notwendig.

Doch die Posttraumatische Belastungsstörung ist nicht (mehr) mit dem gleichen Stigma wie andere psychische Krankheiten gezeichnet. In diesem Zusammenhang weist Young darauf hin, dass die Psychiatrie eigentlich ihren Patientinnen und Patienten mit Misstrauen begegnet und deren Erklärungsmustern nicht folgt, sondern im Gegenteil vom jetzigen Zustand ausgehend die Schilderungen der Vergangenheit unter Berücksichtigung der momentanen Symptome beurteilt. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung hingegen ist es andersrum: Die geschilderten Beschwerden werden vor dem Hintergrund des Vergangenen interpretiert (Young 1996: 97 f.). Young beobachtete, dass die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung deshalb eine gewisse Attraktivität für Psychiatriepatientinnen und -patienten besaß, da sie zu einem Teil entlastete und zum anderen Ansprüche wie Renten, Entschädigungen, den Aufenthalt oder auch nur Aufmerksamkeit zu sichern half.

Diagnose und Therapien waren auch bei meinen bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partnern beliebt, sodass sie zum Teil jahrelang zur Psychotherapie gingen, auch wenn mittlerweile keine Notwendigkeit mehr bestand, sie einen Aufenthaltstitel hatten und keine weiteren Zwänge existierten, die einen Therapiebesuch und Attestierungen erforderten. Doch nicht nur für die

Flüchtlinge, sondern auch für andere Patientinnen- und Patientengruppen ist die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung reizvoll. So sandte mir ein ehemaliger Kollege den Ausschnitt folgender E-Mail, die ihm eine Psychologin im Praktikum schickte:

Lieber Herr X., ich habe das Buch von Frau Boos<sup>177</sup> auch bei uns oben in der Klinik gefunden. Aber so wie es aussieht wird hier oben EMDR gemacht. Generell wollen alle Patienten Traumatherapie machen auch wenn sie gar kein Trauma erlebt haben. Alles andere ist irgendwie nicht so cool. Meine Patientin macht sich nun Sorgen, ob sie überhaupt fähig ist EMDR zu machen, weil sie gar kein Trauma erinnern kann. Ich habe ihr vorsichtig erklärt, dass aus traumatischen Erlebnissen viele verschiedene Störungen entstehen können und dass für manche davon andere Verfahren vielleicht besser geeignet sind. (Mail vom 08.02.2008)

Diese E-Mail verdeutlicht, dass bestimmte Störungen und Behandlungsverfahren „in“ sein können und dass die Posttraumatische Belastungsstörung und das EMDR<sup>TM</sup> definitiv hierzu zu zählen sind. In der Klinik wurde „EMDR gemacht“ und nicht Verhaltenstherapie oder Psychoanalyse; erneut wird hier die beschriebene Verschiebung zu Hypnose und Trance deutlich. Das EMDR<sup>TM</sup> wurde auch in der E-Mail als „Traumatherapie“ bezeichnet, obwohl es nicht das einzige Therapieverfahren bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist und auch andere Störungsbilder mit diesem Verfahren behandelt werden können. Die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung war nicht nur für die Flüchtlinge attraktiv, um einen Aufenthaltsstatus zu erhalten. Generell reduziert die Benennung einer Ursache für eine psychische Erkrankung die Verantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten. Wenn zudem die Ursache externalisiert werden kann, wie im Fall eines Traumas, so ist dies besonders entlastend.<sup>178</sup>

Einen ähnlichen Fall von Stigma-Management (Goffman 1975: 120) beschreibt André P. Smith für die Demenz-Diagnose (Smith 2006), bei der es die körperliche Ursache war, die die Verantwortung für ein seelisches Leiden reduzierte und deshalb Patientinnen die Diagnose einer Demenz einer anderen Diagnose vorziehen ließ. Seitdem psychische Störungen über gemeinsam auftretende Symptome definiert werden, sind Diskussionen über ihre Entstehung ausgeklammert. Doch das entspricht nicht der Alltagslogik, die einen Krankheitsverursacher voraussetzt. Konnten sich Menschen vor 100 Jahren vielleicht noch mit dem Schicksal trösten, das ihnen eine bestimmte Krankheit auferlegte, so muss es heute immer einen Grund, eine Ursache, einen Erreger geben.

Im psychiatrischen Bereich jedoch wurden die Entstehungsgeschichten, die Ätiologien der Krankheiten, aus der Diagnostik verbannt, parallel aber auch chemische Reaktionen und biologische Marker gesucht, die psychische Veränderungen erklären und sie mit Psychopharmaka behandelbar machen sollen. Joseph Dumit beschrieb, wie solche biologischen Marker auch von Lobbygruppen zur Destigmatisierung psychischer Erkrankungen genutzt wurden (Dumit 2000). Auch Smith argumentiert, dass die Postulierung biologisch-organischer Ursachen für psychiatrische Symptome deren Akzeptanz steigern und entlastend wirken. Solche Diagnosen werden von

---

<sup>177</sup> Boos, Anne (2005): Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.

<sup>178</sup> Interessanterweise akzeptierte die junge Psychologin die Behauptung ihrer Patientin, traumatisiert zu sein, auch wenn diese kein Trauma erinnern kann. Elizabeth Loftus, eine vor allem von Trauma- und Dissoziationsverfechterinnen und -verfechtern kritisierte Gedächtnisforscherin argumentiert hingegen, dass niemand wichtige Erinnerungen, wie traumatische, vergesse oder verdränge, dass sie aber evoziert werden können (Loftus 1993 und 2003).

Patientinnen und Patienten bevorzugt und sogar anstelle alternativer Diagnosen eingefordert (so auch Dumit 2000). Smith beschreibt beispielhaft die Auseinandersetzung zwischen vier Frauen mit Gedächtnisbeeinträchtigungen und einer Demenzklinik, in der sie als „nicht dement“ diagnostiziert wurden. Die Frauen waren davon überzeugt, an Demenz erkrankt zu sein, andere Erklärungen ließen sie nicht zu, denn die Diagnose einer Depression wäre stigmatisierend(er) (Smith 2006).

Störung ist somit nicht gleich Störung. Es gibt „bevorzugte Diagnosen“, die den Betroffenen ihr Stigma-Management erleichtern. Eine solche „bevorzugte Diagnose“ war die Posttraumatische Belastungsstörung, weil sie moralisch entlastete<sup>179</sup> und im Fall der bosnischen Kriegsflüchtlinge auch half, den Aufenthalt zu verlängern und später ein ständiges Aufenthaltsrecht zu erhalten. Das erklärte teilweise ihre Beliebtheit sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei ihren Therapierenden. Und das förderte einen Kreislauf, der sich gegenseitig bedingte und aufrechterhielt: eine Häufung der Diagnose und ihrer Behandlung und ihre zunehmende Popularität. Je bekannter die Posttraumatische Belastungsstörung wurde, desto häufiger wurde sie diagnostiziert und behandelt. Dadurch wurde sie populärer und von anderen Patientinnen und Patienten nachgefragt und spezielle Therapieformen wie das EMDR<sup>TM</sup> von Therapeutinnen und Therapeuten erlernt und angewendet.

Eine weitere Veränderung fand im Prozess der Therapie einer Posttraumatischen Belastungsstörung statt und betraf die Behandelnden, die sich über ihre Zeugenschaft innerhalb der Erzählrituale veränderten. Diese Gemeinsamkeit der Therapeutinnen und Therapeuten unabhängig von ihrer Nationalität verdeutlicht ein Teil des Gesprächs mit Frau A.:

Ich persönlich habe von diesem Kontakt mit den Frauen in den Gruppen unglaublich profitiert. Einmal ist, aber das können Sie wahrscheinlich nachvollziehen, in mir über diesen ganzen Schreck eine unendliche Dankbarkeit entstanden in Bezug auf das, was ich habe. Also jeden Freitag wenn ich nach Hause gefahren bin nach der Gruppe und wenn ich in diese Straße, in der ich wohne, eingebogen bin, gab es immer einen leisen Zweifel, steht das Haus noch? Und jedes Mal war ich zutiefst dankbar, dass das Haus stand, dass mein Mann noch lebt, mein Sohn lebt, meine Familie lebt, dass wir zu essen haben. Und das ist ein Gefühl, was mich nicht mehr verlassen hat. Und so komisch wie das klingt, das schätze ich auch sehr, weil es so eine Selbstverständlichkeit ist, in dieser Fülle zu leben, die wir hier haben. Und das hat die Selbstverständlichkeit dem genommen. Gleichzeitig muss ich auch keine Schuldgefühle mehr dafür haben. Ich glaube, ich habe vor dieser Arbeit sehr viel mehr mit Schuldgefühlen, dass es mir hier relativ gut geht, zu tun gehabt. Das habe ich jetzt nicht mehr, weil für mich klar war, das ist nichts, was man verdient, oder nicht verdient. Sondern es ist etwas, was einem zustoßt und ich bin dankbar, dass es mir gerade nicht zustoßt. (Frau A.)

Erneut taucht das Thema der Schuld und ihrer Bewältigung durch die Arbeit mit den bosnischen Flüchtlingen auf. Diesmal war es nicht die historische Schuld, sondern das schlechte Gewissen wegen des eigenen Wohlstandes. Mit dem Engagement für die Flüchtlinge ließ sich auch dieses „bearbeiten“, um einen psychotherapeutischen Begriff zu verwenden. Die Unterstützerinnen und Unterstützer der Flüchtlinge erhielten im Austausch für ihre Bemühungen Ruhe und Dankbarkeit: Ruhe, denn die historische Schuld wurde abgetragen, und Dankbarkeit für das eigene Leben in Wohlstand, das in Anbetracht dessen, was einem Menschen alles passieren kann und was den

<sup>179</sup> Die Schuld für die Erkrankung an einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Flüchtlingen und Folteropfern lag sogar im doppelten Sinn außerhalb der Verantwortung der Erkrankten: Sie erkrankten an einem konkreten Ereignis/Erlebnis und dieses wurde ihnen absichtlich angetan.



Flüchtlingen passiert ist, an Qualität gewann. Frau A.s Bemerkung „und das können Sie wahrscheinlich nachvollziehen“ kann ich nur bejahen: Auch ich empfinde es als Glück, bisher ohne größere Katastrophen gelebt zu haben und wäre dankbar für die Fortsetzung eines solchen Lebens. Auch ich lernte das von den Flüchtlingen. Ihr Leid gibt den Hintergrund ab für meine Zufriedenheit und steigert meine empfundene Lebensqualität, denn ich schätze das, was ich habe, weil ich bei anderen sah, was passiert, wenn man es verliert.

Diese Erfahrung wurde im Englischen als „posttraumatic growth“ und im Deutschen als „posttraumatische Reife“ bezeichnet, aber eigentlich für die Entwicklungen und Einsichten der Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Psychotherapie verwendet. Die Erreichung von posttraumatischer Reife ist höchstes Ziel einer Therapie. Es wird angenommen, dass die wichtigen Dinge im Leben durch existenzielle Verluste erkannt werden bzw. durch die Erkenntnis, was einem alles noch hätte zustoßen können. Das eigene Leben oder Schicksal wird mit anderen (schlimmeren) verglichen und dadurch relativiert. Herr Imamović beschrieb es im vorherigen Kapitel, als er sagte, dass er und die anderen Gruppenmitglieder in den Gruppentherapien hörten, was anderen passiert war (S. 92) und ihnen bewusst wurde, was ihnen trotz allem selbst erlebtem Leid erspart blieb.

Dieses Phänomen ließ sich auch bei den Therapeutinnen und Therapeuten und anderen in der Flüchtlingsarbeit Tätigen beobachten. Dabei ist die Grenze zwischen Reife und Fatalismus äußerst vage, vorausgesetzt es gibt eine. Denn mit dem gewonnenen Bewusstsein für das eigene Glück, das Frau A. und ich beschreiben, erkennen wir an, dass wir uns mit Ungerechtigkeit abfinden müssen und können. Unter meinen bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partnern war dies Herrn Tomić gelungen, der das Geschehene hinter sich ließ, indem er in Spiritualität und in seinen Enkelkindern einen neuen Lebenssinn fand und so seinen Frieden mit dem Gewesenen machte. Er war eine Ausnahme aufgrund seines Alters und finanzieller Absicherung. Frau Nuhanović ging es ähnlich; doch die Trennung von ihren Söhnen in Kanada belastete sie trotzdem. Meine anderen bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner waren jünger und empfanden es weiterhin als Unrecht, durch den Krieg und den entmachtenden Flüchtlingsstatus in ihrer persönlichen Entwicklung ausgebremst und behindert worden zu sein. Bis zur Rente sahen sie kaum eine Perspektive und danach auch nicht, wie es Herr Džaferović verbittert formulierte (S. 62).

Was dem Einzelnen half, mit dem Leid umzugehen, das sogenannte „Wachsen“, war gleichzeitig eine Anpassung, ein sich Abfinden mit den Ungerechtigkeiten der Welt und eine Verlagerung des Unrechtes ins Zufällige: Den einen traf das Leid, eine andere nicht. So war die einzig angebotene Verarbeitung ein sich Abfinden mit dem Unrecht, der Verweis auf ein Schicksal, das man nicht zu verantworten hat, oder eine Unruhe, die als Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert und behandelt wurde. Im zweiten Kapitel zitierte ich Freud, der eine Neurose, wenn sie aus existenziellen Fragen resultierte, als adäquate Anpassung anerkannte und den Rückzug des Arztes empfahl (S. 31). Doch die Behandelnden zogen sich nicht zurück. Sie therapierten weiter und begaben sich auf ethisch fragwürdiges Terrain.

Denn ein Therapieerfolg bei Traumatisierten war nicht über eine Modifikation des Denkens oder Verhaltens zu erreichen, wie in psychotherapeutischen Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit anderen Störungen, sondern in der Modifikation des Gerechtigkeitsempfindens – weg

vom modernen Verständnis von Verantwortlichkeit und des „zur-Rechenschaft-gezogen-Werdens“ in der hiesigen Welt. Es war ein Eingeständnis, dass es keine Gerechtigkeit gibt und Menschen trotzdem weiterleben (müssen und wollen). Dieses Bewusstsein bildete den Hintergrund für die besondere Aufmerksamkeit und die Sympathien der Behandelnden dieser Patientinnen- und Patientengruppe gegenüber und das machte in der Konsequenz die Diagnose für Menschen interessant, die Verständnis und Anerkennung benötigten, diese aber von ihrem persönlichen und sozialen Umfeld nicht bekamen. Marginalisierte Flüchtlinge erhielten so Gehör, allerdings nicht von der gesamten Gesellschaft, sondern erneut nur im marginalen und stigmatisierten Ort des psychiatrischen oder psychologischen Sprechzimmers. Gleichzeitig wurde aber auch die gesellschaftliche Normalität durch ihre Anwesenheit stabilisiert. Die traumatisierten Bosnierinnen und Bosnier verdeutlichten sehr vielen Menschen in Deutschland, die bosnische Flüchtlinge persönlich kennenlernten, wie gut es ihnen ging und es hielt die Flüchtlinge in ihrem Opferstatus fest, denn sie wurden durch das Mitleid ihres Umfeldes auf die Opferrolle festgeschrieben.

Die medikalisierende und psychologisierende Art des Umgangs mit leidvollen Erfahrungen und ihr Verweis an Therapierende wurde bereits durch die zweite Generation jüdischer Überlebender kritisiert und durch sie die Festschreibung auf den Opfer- und Krankenstatus als Ausschlussmechanismus enttarnt (Fischer/Riedesser 1998: 238). Menschliches Leid ist Teil des Alltags und wenn es medizinisch und psychologisch behandelt wird, wird es dadurch illegitim und ausgeschlossen. Deshalb forderte Freud den Rückzug des Arztes, womit er das Leiden anerkannte, für das es kein medizinisches oder psychologisches Trostpflaster gab. An dem Punkt, wo Therapeutinnen bzw. Therapeuten zu den einzigen und legitimen Ansprechpartnerinnen und -partnern für Menschen mit Leidenserfahrungen wie den Flüchtlingen wurden, machte jedoch die Gesellschaft klar, dass sie sich nicht für die Probleme der Flüchtlinge zuständig fühlte. Keiner in Politik und Alltag musste sich ihre Geschichten anhören, dafür bedurfte es Spezialistinnen und Spezialisten, die allerdings auch nichts Besseres anzubieten hatten, als den Rat, dass sich die Betroffenen mit dem Unrecht abfinden. Dieses Abfinden wurde dann individuell oder in Gruppen eingeübt.

Als Entwicklung lässt sich dies auch an Veränderungen im Südost e. V. sehen: Frau Schedlich hörte den Flüchtlingen anfangs selbst zu, dann wurden Selbsthilfegruppen gegründet, in denen die Flüchtlinge unter sich waren, dann erhielten sie nicht-psychologische Zuhörende (Funke/Rhotert 1999: 299). Am Ende sprach Frau Schedlich gezielt Psychologinnen und Psychologen sowie die Behandlungszentren an, weil Expertinnen und Experten benötigt wurden.<sup>180</sup> Theoretisch hätten auch religiöse Autoritäten gefragt werden können, denn auch sie sind traditionell für das Seelenwohl zuständig. Wie sehr sich diese aus der „Seelen-Arena“ zurückzogen, illustriert die Tatsache, dass im Islamischen Kulturzentrum der Bošnjaken Psychologinnen Gruppentherapien anboten und keine religiösen Bewältigungsangebote gemacht wurden.<sup>181</sup>

---

<sup>180</sup> Ein weiterer wichtiger Aspekt war auch die Verhinderung einer Abschiebung über psychologische Stellungnahmen für die Flüchtlinge, was die Einbeziehung des Ehemanns von Frau A. in die Erstellung der Atteste verdeutlichte (vgl. S. 120).

<sup>181</sup> Auch in der hiesigen christlich geprägten Gesellschaft werden es zunehmend weniger eigene Seelsorgeangebote, die von den Kirchen unterbreitet werden, als psychologische. So fand sich in der Zeitschrift „chrismon – das

Erzählcafés, in denen deutsche Zeitzeugen über ihre Erinnerungen an die Kriegs- und Nachkriegszeit sprachen, darunter auch Prominente wie Hans Koschnick, wurden nur in Bosnien veranstaltet (Südost 2003). Erst ein neueres Projekt, das als Stiftung „Überbrücken“ im Jahr 2007 etabliert wurde, versucht die Bearbeitung von (verdrängten) Traumata im Dialog von Flüchtlingen und Einheimischen (Stiftung Überbrücken 2007). Diese zivilgesellschaftliche Aufarbeitung auf gleicher Augenhöhe war jedoch neu und entstand erst fünf Jahre nach dem Ende der intensiven Phase der Aktivitäten für ein Bleiberecht für traumatisierte Bosnierinnen und Bosnier.

Dass es vonseiten der Flüchtlinge von Anfang an aber vor allem Gesprächs- und kein Therapiebedarf war, legt das folgende Zitat von Frau P. nahe:

Die Leute kamen wieder und wieder. Die Beratung war vorbei und dann sagten sie: „Ja kann ich dann bitte wiederkommen?“ „Ja.“ „Und wann kann ich bitte wiederkommen?“ Und so nach fünf Terminen dachte ich, das ist aber irgendwie keine Beratung, die Leute brauchen offensichtlich Kontakt. Die Leute haben offensichtlich den Bedarf, ihre Probleme zu bearbeiten, es gibt eigentlich so einen roten Faden. Es gibt alles Mögliche, was eigentlich typisch therapeutisch ist und dann müssten wir das eigentlich eine Therapie nennen. (Frau P.)

Der Gesprächsbedarf wurde als Therapiebedarf gedeutet, denn was war eine Reihe von Gesprächen anderes als eine Therapie? Mehrmalige Gespräche signalisierten ein Bedürfnis, Probleme zu bearbeiten. Der ursprüngliche Gesprächs- und Mitteilungsbedarf der Flüchtlinge, dem Frau Schedlich zum Beispiel erst selbst und dann mit den Selbsthilfegruppen nachkam, der sich in jahrelanger Therapie äußerte und auch in den Gesprächen mit mir, zu denen viele Bosnierinnen und Bosnier bereit waren, und mir ausführlich von ihrem Leben vor, während und nach dem Krieg erzählten, wurde in engere psychotherapeutische Bahnen kanalisiert.

Mit der Behandlung traumatisierter bosnischer Flüchtlinge veränderten sich auch die Therapeutinnen und Therapeuten, was sie als Lernprozess beschrieben. Neben den persönlichen Veränderungen, die als therapeutisches Wachsen verstanden werden könnten, wuchsen die Therapeutinnen und Therapeuten auch zahlenmäßig und gewannen Einfluss. Die Behandlung von Bosnierinnen und Bosniern war auch ihren Karrieren förderlich, sie konnten sich in ihrem Berufsfeld weiterentwickeln und etablieren. Fast alle meiner Gesprächspartnerinnen und -partner avancierten zu Traumaexpertinnen und -experten und wurden als Referentinnen und Referenten zu Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen eingeladen und verarbeiteten ihre Erfahrungen in Publikationen.

Auch hier gibt Frau A. ein gutes Beispiel; sie hat am frühesten den Übergang von der Praxis zur Theorie vollzogen und reflektiert darüber:

Einmal durch die Ausbildung von Kollegen auch sehr viel, dann habe ich hier sehr viel im Rahmen von der Beratungsstelle mit, also auch so als Multiplikatorin mit dem Schulpsychologischen Dienst, also Lehrergruppen gemacht. [...] Dann Gruppen mit, also immer so Einzeltermine, wo ich viele Vorträge gehalten habe über Traumatisierung, Auswirkungen davon. Mit Sozialarbeitern auf dem Sozialamt, eher in diesem kleinteiligen Bereich, im unmittelbaren Umgang mit den Menschen, die hier in der Stadt sind. Dann gab es eine Zeit sehr viele Interviews mit Journalisten [...] Und das war am Anfang so, dass ich relativ viele Interviews gegeben habe, weil das Thema ganz präsent war. Und

---

Evangelische online-Magazin“ vom Mai 2008 ein Artikel über Depression (Holch 2008a), vom Juni 2008 ein Artikel über Borderline, in dem in psychologische Angebote vermittelt wurde (Grabitz/Schneller 2008) und in der Folgeausgabe gab ein Psychotherapeut Hinweise, wie wir richtig reisen (Holch 2008b).

desto mehr es in den Medien auftauchte, desto gewichtiger wird auch die politische Brisanz. Ja weil dann beginnt sich auch etwas zu verändern. (Frau A.)

Hier wird klar, wie intensiv und gezielt Lobbyarbeit vonseiten der Psychologinnen und Psychologen betrieben wurde. Parallel dazu wuchs das Interesse in der Öffentlichkeit, durch die das Fachwissen der Psy-Vertreterinnen und Vertreter immer wieder nachgefragt wurde. Frau A. entsprach den Interviewanfragen von Journalistinnen und Journalisten und trug so auch zur Popularität der Posttraumatischen Belastungsstörung im Alltagsdiskurs bei. Durch Expertinnen- und Experteninterviews wurde Spezialwissen über die Medien in die Gesellschaft getragen, wo das Wissen mit zunehmender Bekanntheit erneut bei den Expertinnen und Experten nachgefragt wird. Außerdem schulte Frau A., die sich als Multiplikatorin verstand, Lehrerinnen und Lehrer sowie Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter, die ebenfalls in ihren jeweiligen Tätigkeitsbereichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren waren.

Ein ähnliches Bild bietet sich bei der Durchsicht der online verfügbaren Jahresberichte des BZFO, in dem die Aktivitäten seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgeführt wurden. Neben der Mitgliedschaft in politischen Gremien und Lobbyorganisationen, wurden jährlich um die 30 Weiterbildungsveranstaltungen und Vorträge für Verwaltungen, Lobbygruppen und Kolleginnen und Kollegen abgehalten und mehr als 30 Netzwerk- und Pressekontakte gepflegt (BZFO 2003, 2004, 2005, 2006, 2007). Mit diesen Schulungen und Vorträgen wuchs einerseits die Gemeinde der in Psychotraumatologie geschulten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, die Sensibilität der Menschen, die in ihrer Arbeit mit potenziell Traumatisierten in Kontakt kommen könnten und auch der breiten Öffentlichkeit. Davon wiederum profitierten nicht nur die bosnischen Flüchtlinge, die es mit den Attesten schafften, sich mehrere Jahre einer Abschiebung zu entziehen, sondern auch ihre Therapeutinnen und Therapeuten, die zu Traumaexpertinnen und -experten wurden und damit einen Zuwachs an kulturellem Kapital (Bourdieu 1982) verzeichnen konnten.

Wie stark die Nachfragen wurden, zeigt die Fortsetzung des obigen Zitats:

Und das mache ich seit der Zeit. Und eben auch mit großem Erfolg, weil viele das sehr interessiert und mittlerweile hat sich auch gesamtgesellschaftlich die Diskussion verändert. Das ist mir manchmal dann schon zu viel, weil ständig alle dann traumatisiert sind. Also der Begriff bekommt auch etwas Inflationäres, ähnlich wie mit dem Thema Kindesmissbrauch. (Frau A.)

Nachdem Frau A. sich selbst stark für die Anerkennung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung einsetzte, konstatierte sie, dass mittlerweile zu viele Menschen behaupteten, traumatisiert zu sein und damit gleichzeitig das Leiden der Überlebenden relativierten. In der Konsequenz des beschriebenen inflationären Gebrauchs sind wir alle traumatisiert, die eine mehr, der andere weniger. Hacking illustrierte dies durch ein treffendes Zitat eines Psychiaters, der dieses Phänomen als „me-too-ism“ bezeichnete (Hacking 1996: 331). Das Phänomen nannte er „semantische Ansteckung“: Ein Konzept wurde mühevoll etabliert und auf einmal ist es derart verbreitet, dass es seine Unterscheidungskraft verliert. Sobald jeder „ich auch“ sagt und z. B. traumatische Erinnerungen und Symptome bei sich aufspürt, verliert eine Diagnose ihre Exklusivität, wird normal und entbehrt damit ihre Existenzberechtigung, weil sie ihre Differenzierungsqualität einbüßt.

Interessant finde ich Frau A.s Querverweis auf die Diskussionen um Kindesmissbrauch, die viele Parallelen mit den Traumatisierungsdiskursen aufweisen und sich in der Figur der „Multiplen Persönlichkeit“ bzw. deren Weiterentwicklung zur Diagnose der „Dissoziativen Identitätsstörung (DIS)“ miteinander verbanden. An dieser Störung erarbeitete Ian Hacking sein Konzept der Gedächtnispolitiken als neuer Spielart der Macht, die nicht mehr Bevölkerungen und individuelle Körper reguliert, sondern seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zunehmend auch die „Seele“ oder das „Selbst“ über die Erinnerungen. Der Diskurs um Kindesmissbrauch war dabei ein Transportmittel, um Erinnerung zu thematisieren und als identitätsdeterminierend zu etablieren (Hacking 2001).

Die Entstehungsgeschichte der Multiplen Persönlichkeit in Abhängigkeit von der zunehmenden öffentlichen Thematisierung von sexuellem Missbrauch im Kindesalter ähnelt in Vielem den Entwicklungen der Posttraumatischen Belastungsstörung. Zum einen begann die Beschäftigung mit der Multiplen Persönlichkeit in einem europäischen bürgerlichen Umfeld, wurde jedoch verworfen, um dann in den 1960er Jahren in den USA wieder aufgenommen zu werden und mithilfe von Lobbyorganisationen eine breite Öffentlichkeit zu gewinnen. Zum anderen stieg die Zahl der Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten mit der Popularität der Diagnose der Multiplen Persönlichkeit – und später der Dissoziativen Persönlichkeitsstörung – und verband sich mit bestimmten Personen (Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten), die die Diskussion bestimmten.

Ähnliche Entwicklungen lassen sich auch für die Posttraumatische Belastungsstörung beschreiben: Sowohl missbrauchte Kinder als auch Überlebende von Katastrophen und Gewalt sind schuldlose Opfer. In ihrer Opfereigenschaft haben sie ein hohes moralisches Aktivierungspotential. Die Betroffenen erfahren fast uneingeschränkte Unterstützung und Zweiflerinnen und Zweifler werden verurteilt. Als Ausgangspunkt für eine psychologische Diagnosekategorie sind moralische Urteile jedoch nicht geeignet. Gerald M. Rosen und Scott O. Lilienfeld leiten ihren kritischen Artikel zur Posttraumatischen Belastungsstörung mit einem Zitat folgendermaßen ein:

Since its [PTSD, A. W.] introduction into DSM-III in 1980, no other DSM diagnosis, with exception of Dissociative Identity Disorder (a related disorder), has generated so much controversy in the field as to the boundaries of the disorder, diagnostic criteria, central assumptions, clinical utility, and prevalence in various populations (Rosen/Lilienfeld 2008: 838).

Dies ist ein Zitat der Professoren Robert L. Spitzer, Michael B. First und Jerome C. Wakefield. Robert L. Spitzer war sowohl an der Erstellung des DSM-III als auch des DSM-IV federführend beteiligt. Deren Beschreibung der Diagnosekategorie „Posttraumatische Belastungsstörung“ und implizit auch der „Dissoziativen Identitätsstörung“ unterstreicht die Schwammigkeit des Konzepts und dass dies auch innerhalb der klinischen Forschung als Problem wahrgenommen wurde.

Aber das ändert nichts daran, dass die Diagnosekategorien im Alltag angewandt wurden und in den Diskussionen um Traumatisierte normierende Paradigmen entstanden, die den Gedächtnispolitiken (Hacking 1996) zuzurechnen sind, wie das Nicht-Reden-Können über Kriegserinnerungen, das Reden-Müssen in den Gruppen, die Notwendigkeit von Medikamenten oder stationärer Behandlungen für „schwere Fälle“. Das Erzählen von Erinnerungen war jedoch für beide,

Flüchtlinge und Behandelnde, wichtig. In den Therapiegruppen wurden die Kriegserinnerungen wiederholt evoziert, sodass sie zur Gruppeneigenschaft wurden und die Mitglieder sich über ihre Erinnerung an den Krieg in den Gruppen verorteten und ihnen diese Verortung Beruhigung verschaffte über die Einsicht bei allem Leid, Glück im Unglück gehabt zu haben. Bei den Therapeutinnen und Therapeuten war es die Erinnerung an die Erzählungen und Verhaltensweisen ihrer Eltern, älterer Verwandter, Freunde und Kolleginnen und Kollegen, die den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit erlebt hatten, die wiederholt evoziert wurde. Diese motivierte sie in Form historischer Schuld zur Flüchtlingsarbeit und half damit, ihr schlechtes Wohlstandsgewissen zu bekämpfen und sich als reflektierter Mensch von anderen „hartherzigen“ abzuheben. Damit bin ich bereits mitten im Feld der vielfältigen Interaktionen zwischen den verschiedenen Akteuren. Im Folgenden geht es mir nun also um weitere Interaktionen.

### **4.3 Interaktionen zwischen Therapeutinnen und Therapeuten, der Diagnose und den Flüchtlingen**

Für die Behandelnden war die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung als Handwerkszeug neu. Durch ihre Vagheit war sie zwar als *boundary object* (Star/Griesemer 1989) besonders geeignet, doch diese stellt auch besondere Anforderungen an den Arbeitsalltag. Hier waren diffuse Konzepte eher hinderlich, deshalb mussten sich die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter sowohl situativ anpassen als sich auch darüber verständigen, was „Posttraumatische Belastungsstörung“ bedeuten sollte. Neben den Interaktionen mit dieser Diagnose gab es auch vielfältige Annäherungen an die Flüchtlinge. Vor allem im Bereich der Therapietechniken passten sich die Behandelnden an die Bedürfnisse der Bosnierinnen und Bosnier an. Auf die Verlagerung von Gesprächen zu „Übungen“ bin ich bereits eingegangen und habe Sprachprobleme und das körperliche Gedächtnis als Ursachen für Verschiebungen lokalisiert. Daneben existierte die aktive Vermeidung der Patientinnen und Patienten, auf die die Therapierenden reagieren mussten. Und sie taten dies mit Gruppentherapien. So konnten die Therapien in Bezug auf die Symptome sogar wirkungslos sein, aber sie befriedigten den Kommunikationsbedarf der Flüchtlinge und wirkten der sozialen Isolation entgegen.

#### **4.3.1 Therapeutinnen und Therapeuten und die Diagnose**

Im Rahmen der Stellungnahmen, die die Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Professionen für die Flüchtlinge schrieben, mussten sie sich mit der Diagnostik der neuen Störungskategorie auseinandersetzen. „Es gibt diese Posttraumatische Belastungsstörung, was sind klassische Symptome, was sind nicht klassische Symptome, treten die wirklich auf. Als ich am Anfang die Stellungnahmen gemacht habe, war ich tatsächlich verblüfft, dass es wirklich so ist“, beschrieb Frau A. diesen Lernprozess. Die Diagnosekategorie funktionierte in der Praxis entgegen ihren Erwartungen. Das „verblüffte“ Frau A. Sie hatte sich zwar schon früher mit transgenerationaler Traumatisierung bei Holocaustüberlebenden beschäftigt, hat aber bis dahin nicht mit konkret betroffenen Menschen gearbeitet, sondern las Studien und Literatur über die zweite und dritte Generation jüdischer Überlebender.

Mit den gerichteten diagnostischen Fragen wurde auch die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung mit ziemlicher Sicherheit gestellt, denn das traumatische Erlebnis war nahezu die einzige Hürde, die genommen werden muss. Die Symptome sind derart diffus, dass sie im Grunde immer vorhanden sind, was auch den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern klar wurde. So war Frau A. über das Vorhandensein der „klassischen Symptome“ zunächst „verblüfft“, beschrieb dann aber die Diagnosekategorie später als „butterweich“. Auch Frau R., die ich auf S. 124 zitierte, sprach von einem „Gummikonzert“. Eine ähnliche Beobachtung machte auch Alan Young. Laut Bowker und Star stellte er für die Psy-Expertinnen und -Experten in der von ihm beschriebenen Veteranenklinik fest, dass sie auf der einen Seite mit der offiziellen Diagnosekategorie argumentierten und sie im Dialog zwischen Psy-Vertreterinnen und -Vertretern verwendeten, sie aber auf der anderen Seite nicht an sie glaubten und an ihrer wirklichen Existenz zweifelten (Bowker/Star 2002: 4). Auch die Berliner Therapierenden setzten die Diagnose in ihren Argumentationen für ein Aufenthaltsrecht für die Flüchtlinge ein, glaubten aber nicht daran, dass sie in der Form ihrer Definition existierte.

Weil die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung ein „Gummikonzert“ war, hing ihre Vergabe vom Standpunkt der Begutachtenden ab. Das ist, wie das Eingangszitat dieses Kapitels verdeutlicht, eine alte Einsicht und trifft vielleicht auf Begutachtungen generell, aber auf die traumatische Neurose – die spätere Posttraumatische Belastungsstörung – im Besonderen zu. Für das Einfordern eines Aufenthaltsstatus für die Flüchtlinge war ein schwammiges Konzept praktisch, denn es fielen viele Bosnierinnen und Bosnier in die Diagnosekategorie, doch im eigenen Fach stellte es ein Problem dar und schaffte Raum für Streit um die richtige Diagnostik. Ein Beispiel verdeutlicht dies: In Ottomeyer und Renner (2006) findet sich in einem Beitrag mit der Überschrift „Gutachtenverwahrlosung in österreichischen Asylverfahren“ eine Re-Interpretation eines Begutachtungsgesprächs. Hier wurde ein Negativ-Gutachten auf Hinweise für das Vorhandensein einer Posttraumatischen Belastungsstörung untersucht. Es überrascht nicht, dass vielfältige Anhaltspunkte gefunden wurden, die nahe legten, dass entgegen der Schlussfolgerung im Gutachten eine Posttraumatische Belastungsstörung vorlag. Diagnostizierende mussten nur wissen, wonach sie suchten.<sup>182</sup> Wenn sie davon überzeugt waren, dass eine bestimmte Diagnose gestellt werden konnte, fanden sich auch immer genügend Anhaltspunkte dafür. Aber das Gegenteil konnte genauso zutreffen, sodass genauso jederzeit das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung durch konkretes Nachfragen auch verneint werden konnte. Je genauer gefragt wurde, desto eher schienen die Symptome nicht diagnostisch relevant zu sein. Die Klassifikationssysteme ICD und DSM konnten politische Standpunkte weder homogenisieren noch ausblenden und auch die Diagnostik nicht vereinheitlichen.

Auch am Berliner Forschungskolloquium für PTSD des BZFO wurde diskutiert, was Flashbacks sind. Das „schillerndste“ Symptom der Posttraumatischen Belastungsstörung war nicht so leicht zu

---

<sup>182</sup> Ähnlich ging auch Niederland und Birk in ihren Studien zu Begutachtungen vor. Niederland untersuchte die Begutachtungspraxis deutscher Psychiater in Entschädigungsverfahren jüdischer Holocaustüberlebender, Birk stellte die Gutachten des Berliner Polizeiärztlichen Dienstes denen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen gegenüber (Niederland 1980, Birk 2000). Auch bei Gierlichs (2001) findet sich ein Beispiel, das zur Lobbyarbeit genutzt wurde, und das auf einer Website mit dem bezeichnenden Titel [www.lobby-fuer-menschenrechte.de](http://www.lobby-fuer-menschenrechte.de) zu finden ist.

diagnostizieren.<sup>183</sup> War das Gefühl am Morgen beim Aufwachen nach einem schlechten Traum, in dem ein Bosnier sich auf der Flucht wähnte, ein Flashback, weil er längere Zeit benötigte, um zu begreifen, dass er in Berlin ist und in Sicherheit, sich aber in der Aufwachphase noch gedanklich und emotional in Bosnien während des Krieges befand?<sup>184</sup> Wie real musste das Gefühl sein, sich in eine Situation zurückversetzt zu fühlen? Wer bewertet die Realität eines Gefühls? War es nicht eher ein schlechter Traum (der ebenfalls ein Symptom wäre) und kein Flashback?

Wenn dieser Bosnier durch den Anblick eines Polizisten auf der Straße an Milizionäre erinnert wurde, die einen seiner Freunde vor seinen Augen misshandelt haben und er diese Szenen „wie damals geschehen“ vor sich sah, und ihm kalter Schauer den Rücken runter lief und er Angst bekam – war das ein Flashback oder eine körperliche Reaktion auf einen Auslöser, der an die traumatische Situation erinnerte? Gehörte diese Situation zur Symptomgruppe B oder D oder zu beiden?<sup>185</sup> Wie real musste eine Erinnerung sein, um als Flashback zu gelten und nicht mehr als sich aufdrängende Gedanken? Wer konnte dies eindeutig bewerten? Diese Praxisfragen der Diagnostik wurden selten in Forschungskreisen diskutiert. Sie tauchten auf, wenn es um sogenannte „interrater trainings“ ging, die Angleichung der Bewertungen von verschiedenen Diagnostizierenden in klinischen Studien.<sup>186</sup> Doch in der Praxis blieb es ein „Gummikonzept“.

Die Berliner Therapeutinnen und Therapeuten in den Behandlungszentren, Vereinen und die Niedergelassenen waren in ihrem Selbstverständnis als Menschenrechtsaktivistinnen und -aktivisten den Flüchtlingen wohlwollend gesinnt und haben sich nicht an deren unzusammenhängenden Schilderungen gestört. Im Gegenteil, sie galten und gelten als Zeichen für die Glaubhaftigkeit der Aussagen (Birck 2002: 140). Zusammenhängende Erzählungen erzeugten die Attestierenden in ihren Stellungnahmen, der Fokus lag auf einer nachvollziehbaren Fluchtgeschichte. Diese wurde zum einen für die Flüchtlinge geordnet, vor allem aber für die kritische Ausländerbehörde, auch wenn dies laut Frau P. oftmals „an jeder therapeutischen Notwendigkeit vorbei“ gewesen sei. Die

---

<sup>183</sup> Wegen fehlender Trennschärfe wurde es bei der Untersuchung zur Ermittlung der nationalen Prävalenzrate gar nicht erst eingesetzt (Maercker et al. 2008: 578).

<sup>184</sup> Ein weiteres Beispiel findet sich im Aachener Appell, in dem es um die Begutachtung eines Asylbewerbers ging, dem Reisefähigkeit vom Gesundheitsamt bescheinigt wurde. Dies wurde in der Anlage zum Appell verneint, in der detailliert die Äußerungen des Gutachters mit Gegenargumenten kommentiert wurden. Darunter „Herr C. berichtet über **Schlafstörungen mit flashbacks** [Hervorhebung A. W.]“ (Gierlichs 2001: 10). Mit dem Aachener Appell wurden ärztliche Kolleginnen und Kollegen dazu aufgerufen, gegen die Begutachtungspraxis des Aachener Gesundheitsamtes und einen Herrn Dr. E. mit ihrer Unterschrift öffentlichen Druck aufzubauen.

<sup>185</sup> In meinem ersten Beispiel ist es diagnostisch betrachtet fast unerheblich, ob es ein schlechter Traum war oder ein Flashback, da beide Symptome dem B-Kriterium zugeordnet wurden und ein Symptom ausreicht, um dieses Kriterium zu erfüllen. Bei meinem zweiten Beispiel ist es diagnostisch von Bedeutung, ob die Situation als Flashback bewertet wird (B-Kriterium) oder als erhöhte Reizbarkeit (D-Kriterium), da beim letztgenannten Kriterium mindestens zwei Symptome vorliegen müssen (vgl. Kap. 2).

<sup>186</sup> Aus meinen Erfahrungen aus drei solcher Trainings sind insbesondere zwei Dinge berichtenswert: Zum einen war der erste Durchlauf zeitaufwändig und mit vielen Diskussionen verbunden, in denen ein Konsens für die Anwendung der einzelnen Fragebögen gefunden werden musste, denn trotz Anleitungen entwickeln sich schnell bei den Interviewenden persönliche Routinen. Die Übereinstimmung zwischen den einzelnen Bewertungen lag auf Zufallsniveau (also um die 50 Prozent) und wurde nicht in Fachpublikationen berichtet, sondern als Abstimmungsgespräch gehandhabt. Zum anderen lagen die Bewertungen in den folgenden Durchläufen (meistens zwei) sehr viel näher beieinander und konnten in Publikationen berichtet werden. Gleichzeitig war jedoch auch allen Anwesenden klar, dass sie außerhalb des Trainings ihre alten Routinen weitestgehend beibehalten würden oder zu diesen nach einer gewissen Zeit wieder zurückkehren würden, da das strikte Ablesen der Fragen eine sehr künstliche Gesprächssituation herstellte und auch selten brauchbare Antworten erzeugte.



Diagnostik hingegen wurde selten vollständig auf Symptomebene mit Fragebögen oder anhand der Symptomlisten aus dem DSM oder dem ICD vorgenommen. Die „künstlichen“ diagnostischen Gespräche anhand von Fragebögen entsprachen nicht dem Gesprächsbedarf der Flüchtlinge. Ihre Alltagssprachlichen Problematisierungen des Leidens mussten in Symptome übersetzt werden und das war, wie das Flashback-Beispiel zeigte, auch für die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter nicht einfach. Ohnehin waren es nicht die Symptome, sondern die Fluchtgeschichten, die genau schriftlich fixiert wurden und werden mussten, denn die Symptomatik konnte sich ändern, die Fluchtgeschichten nicht.

Wenn überhaupt ein Fragebogen in der Diagnostik eingesetzt wurde, dann die Impact of Event Scale IES (Horowitz et al. 1979) oder die Impact of Event Scale Revised IES-R (Maercker/Schützwohl 1998).<sup>187</sup> Das war ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der 22 Fragen enthielt, die den drei Symptomkategorien der Posttraumatischen Belastungsstörung zugeordnet waren. Einige Fragen waren umständlich formuliert, z. B. „Ich merkte zwar, daß meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit Ihnen“ oder „Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bisschen wie abgestumpft“ (Maercker/Schützwohl 1998), sodass die Ausfüllenden oft nicht wussten, wonach genau gefragt wurde. Wie „beschäftigte“ man sich nicht mit aufgewühlten Gefühlen und wie fühlten sich abgestumpfte Gefühle an?

Die Bewertungsskalen reichten von „überhaupt nicht“ bis „oft“ (IES) oder „sehr oft“ (IES-R). Im Gegensatz zu anderen psychologischen Fragebögen gab es keine Fragen, mit denen überprüft werden konnte, ob die Fragen überhaupt gelesen wurden, oder ob nur einfach überall „(sehr) oft“ angekreuzt wurde, das heißt alle Kreuze ganz rechts gesetzt wurden. Eine Überprüfung übertreibenden Antwortverhaltens wurde nicht für nötig gehalten. Für die IES-R existierte eine Regressionsgleichung, die an ehemals in der DDR-Inhaftierten entwickelt wurde, nach der die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung vergeben werden konnte (Maercker/Schützwohl 1998). Aber ohne eine solche Gleichung für bosnische Flüchtlinge sagten die Werte nichts über das Erfüllen der Diagnosekategorie aus und gaben nur Hinweise zur Symptomschwere. Trotzdem wurden die Fragebögen im Südost eingesetzt (Funke/Rhotert 1999: 281) und auch im BZFO (Birck et al. 2002: 228 f.)<sup>188</sup> und Daten über die Bosnierinnen und Bosnier produziert.

Es wurde eine Vielzahl von Prävalenz- und Therapiestudien mit bosnischen Flüchtlingen durchgeführt, interessanterweise vor allem in Kroatien und Bosnien, seltener in den westlichen Exilländern, in denen sie vor allem als Fallbeispiele auftauchen (Maercker 1997: 58 ein Fallbeispiel aus dem BZFO). Bosnische Flüchtlinge waren eine aktuelle europäische Hauptforschungsgruppe zur Posttraumatischen Belastungsstörung, die homogener war als zum Beispiel eine Gruppe von Unfall- oder Kriminalitätsopfern. Der Zugang zu Flüchtlingscamps oder zu Behandlungszentren war leichter als über die Opferhilfe oder Krankenhäuser zu anderen Gruppen potenziell

---

<sup>187</sup> Der erste Fragebogen hat eine vierstufige Skala, der zweite eine fünfstufige, und ein Symptom wurde, analog der DSM-Veränderung, von der Kriteriengruppe D in B umgruppiert.

<sup>188</sup> Ich kann mich zudem an ein Attest von Herrn Dr. B. erinnern, dass mir von einem Studienteilnehmer in einem der Dresdner Forschungsprojekte, in denen ich tätig war, gezeigt wurde, in dem Herr Dr. B. den Summenwert des IES-R berichtete.

Traumatisierter. Zudem waren bosnische bzw. Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien eine sehr große Gruppe innerhalb Europas, USA, zum Teil auch in Australien, deren Erlebnisse als vergleichbar galten. Das waren beste Voraussetzungen für Forschungen<sup>189</sup>, die dazu beitrugen, die öffentliche Wahrnehmung von Bosnierinnen und Bosniern als Traumatisierte zu bestärken.<sup>190</sup>

Wenn es in den Forschungen um bosnische Flüchtlinge im Exil als Gruppe ging, wurde die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung untersucht, sehr selten jedoch die Effektivität einer Therapie.<sup>191</sup> Die Prävalenzrate konnte in den Argumentationen gegenüber der Verwaltung genutzt werden, um Traumatisiertenzahlen zu schätzen.<sup>192</sup> Zum Therapieerfolg bei bosnischen Flüchtlingen schwieg der Psy-Diskurs weitestgehend. Doch trotz fehlender Daten wurde die Notwendigkeit einer Therapie mit einem längerfristigen Therapieplan verteidigt und nicht infrage gestellt. Nach Auffassung einiger Behandelnder unterstützte der Verwaltungsdruck die Krankheitseinsicht bei den Flüchtlingen. In eine Psychotherapie wären Bosnierinnen und Bosnier aber ohne den aufenthaltsrechtlichen Zwang nicht gegangen. Sie hätten weiterhin Tabletten gegen ihre Symptome genommen.

#### **4.3.2 Therapeutinnen und Therapeuten und Flüchtlinge**

Zwischen den Therapierenden und den bosnischen Flüchtlingen gab es Interaktionen, die ich im Folgenden in vier Abschnitten darstelle. Im ersten Abschnitt geht es mir um die Spannungen zwischen Behandelnden und ihren neuen Patientinnen und Patienten, denn die Bosnierinnen und Bosnier waren nicht mit den alltäglichen Klientinnen und Klienten einer psychotherapeutischen Praxis zu vergleichen. Ihnen waren Psychotherapien unbekannt, deshalb mussten Wege gefunden werden, um trotzdem therapeutisch arbeiten zu können. In der Hauptsache fand diese therapeutische Arbeit in Gruppen statt, mit denen ich mich im zweiten Abschnitt befasse. Sie stellen in meinen Augen eine Anpassung der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter an die Bedürfnisse der Bosnierinnen und Bosnier dar. Doch auf Symptomebene halfen die therapeutischen Interventionen nicht und

<sup>189</sup> Dies wird durch die Vielzahl der Forschungen zu Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Bosnierinnen und Bosniern untermauert (vgl. Butollo/Hagl 2003: 217ff.; Ajduković 1998; Beslija 1997; Bolibok 2001; Corvo/Peterson 2005; Coyne et al. 2000; Dahl et al. 1998; Droždek 1997; Ferren 1999; Gregurek et al. 1999; Jones 1998; Kozarić-Kovačević et al. 1995; Martić-Biocina et al. 1996; Marušić et al. 1995; Miller et al. 2002a, 2002b; Momartin et al. 2003, 2004a, 2004b; Papadopoulos 1999; Pejović et al. 1997; Sharratt/Kaschak 1999; Špahić-Mihajlović et al. 2005; Spasojević et al. 2000; Summerfield 2003; Sundquist et al. 2005; Thulesius/Hakansson 1999; Weine et al. 1995a, 1995b, 1998a, 1998b, 2000; Weine/Laub 1995; Weine 1999; Witterholt/Jaranson 1998).

<sup>190</sup> Frau Schedlich sprach im Interview darüber, dass 1992 auch schätzungsweise 18.500 kroatische Flüchtlinge in Berlin lebten. Diese wurden von der Öffentlichkeit nicht als „traumatisierte Flüchtlinge“ wahrgenommen. Im öffentlichen Diskurs gab es keine „traumatisierten Kroatinnen und Kroaten“ – wie es zum Beispiel „traumatisierte Bosnierinnen und Bosnier“ und später „traumatisierte Kosovarinnen und Kosovaren“ gab. Nur für die letzten beiden Gruppen konnte eine Traumatisierung zum Erwirken eines Aufenthaltstitels eingesetzt werden. Die psychologische Arbeit mit den Kroatinnen und Kroaten war eine beratende, keine therapeutische, wie Frau E., die eine Frauengruppe leitete, im Interview schilderte.

<sup>191</sup> Ich habe nur eine Forschungsarbeit aus Deutschland gefunden, die sich mit Therapieerfolgen bei Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien beschäftigte und nicht nur über Einzelfälle berichtete oder Flüchtlinge verschiedener Herkunftsgruppen zusammenfasste (Joksimović et al. 2005).

<sup>192</sup> So ging es in einer Parlamentarischen Ausschussdebatte um Prävalenzraten und die Anerkennungsquote des Polizeiarztlichen Dienstes, der eine höhere Anerkennungsquote aufweise als die Prävalenzrate erwarten ließe (Abgeordnetenhaus Berlin 06.07.2000: 7). Auch in einer Kleinen Anfrage und ihrer Beantwortung ging es um Prävalenzraten, die das Behandlungszentrum für Folteropfer mit 25 Prozent angegeben hätte (Abgeordnetenhaus Berlin 17.08.1998).

schafften damit Misstrauensmomente und Frustrationen in der Arbeit mit Traumatisierten. Diesen Sachverhalt werde ich im dritten Abschnitt schildern. Im letzten Abschnitt verdeutliche ich, dass es auch alternative Bearbeitungsformen der Leidenserfahrungen gab, dass die psychotherapeutischen Angebote nicht die einzigen waren und dass erneut das Tätigsein eine wichtige Rolle in der Trauerarbeit spielte.

#### ***4.3.2.1 Psychotherapeutische Arbeit mit bosnischen Flüchtlingen***

Mit der Erweiterung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung um das offene und umweltbezogene Konzept der sequentiellen Traumatisierung Keilsons (1979/2003) übernahmen die Therapeutinnen und Therapeuten Argumentationsmuster der Flüchtlinge, die ihre Lebensbedingungen ständig bemängelten. Sie wurden zwar in der Diagnostik nicht berücksichtigt, waren aber das zentrale Thema der dritten traumatischen Sequenz. Ihr zufolge machten auch die Lebensbedingungen krank, wie die Flüchtlinge es empfanden. Aus Sicht der Psychotherapeutinnen und -therapeuten behinderten und verzögerten Arbeitsverbot, Heimunterbringung und der unsichere Aufenthaltsstatus die Genesung und minderten den Erfolg der Therapien. Weil diese Auffassung weitestgehend auf Verständnis stieß, gab es ruhigere und besser ausgestattete Wohnheime für Traumatisierte und später auch eine Arbeitserlaubnis für Härtefälle. Doch hauptsächlich ging es um die Verlängerung des Aufenthalts und die empfundene Bedrohung einer Abschiebung, die die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter ein Bleiberecht für Traumatisierte fordern ließ. Ihrer Argumentation nach konnte das Trauma nur an einem sicheren Ort, in einer sicheren Umgebung bearbeitet werden. Auch hier passten sich die Therapeutinnen und Therapeuten dem Krankheitsverständnis ihrer Klientinnen und Klienten an, für die klar war, dass sie in Berlin bleiben wollten. Genauso hätte sie aber auch eine Traumatherapie theoretisch zur Rückkehr befähigen können. Diese Argumentationslinie wurde von den Verwaltungen verfolgt. Der Gesetzgeber sah keine Zuwanderung vor, also geschah die Aufnahme von Flüchtlingen auf Zeit. Wenn traumatisierte Flüchtlinge einen sicheren Ort zur Aufarbeitung ihrer Erlebnisse brauchten, dann hatten sie einen solchen in Deutschland; dies galt allerdings nur solange, bis es ihnen besser ging und sie wieder ausreisen konnten.

Argumentativ war das eine Sackgasse, denn eine Genesung würde für die Flüchtlinge die Aufforderung zur Rückkehr nach sich ziehen. Doch viele Bosnierinnen und Bosnier schlossen für sich zu diesem Zeitpunkt noch eine Rückkehr wegen Bedenken um ihre Sicherheit und materielle Existenz aus. Somit hatten sie keinen Anreiz, sich um ihre Genesung zu bemühen, oder konnten aus Angst vor einer Abschiebung nicht gesund werden. Ob den bosnischen Flüchtlingen absichtliche Krankheit oder verwehrte Genesung zugeschrieben wurde, war vom Standpunkt der jeweiligen Akteure, d. h. die Berliner Senatsverwaltung für Inneres und die ihr unterstehende Ausländerbehörde oder Psy-Vertreterinnen und -Vertreter, abhängig. Deshalb gewann die Psychotherapie für die Verlängerung des Aufenthalts an Bedeutung, denn nicht die Diagnose machte den Aufenthalt notwendig, sondern die Behandlung. Diese Verknüpfung sicherte die andauernde Nachfrage nach Psychotherapie, obwohl es keine Nachweise für ihre Wirksamkeit bei den bosnischen Kriegsflüchtlingen gab. So wurde eine Therapiebedürftigkeit bei vielen

Flüchtlingen erzeugt, denn ihre Motivation war oft der Erhalt einer Stellungnahme, die es ihnen ermöglichte, ihre Duldung zu verlängern.

Therapie wurde auch schon nachgefragt, aber nicht so, nicht so stark. Das hat sich dann später etwas geändert. Am Anfang also waren so, sagen wir mal, so ein Drittel Therapieanfragen und zwei Drittel nach solchen Stellungnahmen, die belegen sollen, dass jemand also im Krieg traumatisiert wurde. (Herr W.)

Auch wenn Herr W. im weiteren Gespräch explizit erklärte, dass er den Flüchtlingen, die er begutachtete, die Notwendigkeit einer Therapie nicht näher brachte, so sind viele nach einer ersten Begutachtung auch in eine Therapie gegangen, weil diese ihnen weitere Stellungnahmen sicherte und auch die Schwere der Erkrankung durch die Notwendigkeit der Behandlung bestätigte. Streng genommen, ist es ein Widerspruch, wenn Herr W. berichtete, dass am Anfang auch Stellungnahmen ohne Behandlung angeboten wurden. Denn ohne eine notwendige psychotherapeutische Versorgung war auch die Argumentation für eine Aufenthaltsverlängerung aufgrund fehlender Therapieangebote in Bosnien hinfällig. Obwohl immer von „traumatisierten Bosnierinnen und Bosnier“ die Rede war, ging es nicht darum, nur die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung zu erhalten, sondern um den Besuch einer Psychotherapie oder den offiziell bestätigten Wunsch, eine Therapie in Anspruch zu nehmen, dem aufgrund fehlender Therapieplätze nicht entsprochen werden konnte.

Erst nach Einführung der Kammerlisten 2002 genügte für den Erhalt einer Aufenthaltsbefugnis ein Gutachten von Spezialistinnen und Spezialisten, die auf einer Kammerliste standen, wenn Flüchtlinge zuvor nur in psychiatrischer und nicht psychotherapeutischer Behandlung waren.

Ab dem Zeitpunkt [2002, A. W.] haben wir auch zum Teil lediglich Stellungnahmen geschrieben, also ohne danach weiter eine Therapie zu machen, wiederum in der Hoffnung, dass jemand. Die meisten waren psychiatrisch behandelt durch Medikamente, das ist zwar nicht das, was wir uns als traumhaft vorstellten, aber das ist zumindest eine Form von Behandlung. Und in der Hoffnung, dass wenn sich tatsächlich die Aufenthaltssituation stabilisiert auch ein Stück weit der psychische Druck wieder zurückläuft und dann vielleicht die therapeutische Hilfe gar nicht nötig ist. (Herr K.)

Die Aufnahmesituation und die Unsicherheit wurden als psychischer Destabilisierungsfaktor angesprochen. Dabei folgte Herr K. mit seiner Argumentation der Logik, die das Handeln der Therapeutinnen und Therapeuten motivierte: Sicherheit macht gesund, Unsicherheit krank. Diese These hätte aber vor der abschließenden Aufenthaltsregelung gegenüber der Senatsverwaltung für Inneres oder der Ausländerbehörde nie eingesetzt werden können und dürfen. Denn dann hätten die Rückführungsmaßnahmen sogar als gesundheitsfördernd dargestellt werden können: Mit einer Rückkehr wären sowohl Aufnahmesituation als auch Unsicherheit beendet.

Solange es keinen Aufenthaltstitel gab, benötigten die Flüchtlinge auf der einen Seite Atteste und Therapien; auf der anderen Seite trauten sich die Therapierenden aber auch nicht, mit ihnen traumafokussiert zu arbeiten, da sie befürchteten, die Flüchtlinge dadurch zu destabilisieren (vgl. Tumani 2002: 217). Hinzu kam, dass sich die Bosnierinnen und Bosnier der klassischen therapeutischen (Erinnerungs-)Arbeit entzogen, denn sie gingen nicht vorrangig in die Einzeltherapien, um ihre Gedanken und Gefühle während Vertreibung, Flucht, Misshandlungen und Erniedrigungen zu schildern und zu verarbeiten.

Natürlich nicht. Also das sind auch eben Leute, die noch nie Kontakt mit Psychologen hatten, früher.

Vielleicht jetzt innerhalb vom Aufenthalt hier irgendwie mal wieder in unterschiedlichen Beratungsstellen. Aber also am Anfang waren es Leute, die nicht wussten, was Psychotherapie ist. Und es ist eigentlich schon oft so, dass sie keine Erfahrung, Psychotherapieerfahrung davor hatten und dementsprechend auch nicht wissen was. Also da ist schon oft die Erwartung, natürlich dass alles in meinen Händen liegt, also dass es so, eben nicht so eine Arbeit an sich erfordert. (Frau G.)

Der psychotherapeutischen Arbeit wichen die Flüchtlinge größtenteils aus, was auch die Behandelnden bemerkten. Sie schrieben es der Unerfahrenheit und Belastung oder wie im obigen Zitat erwähnt, der therapeutischen „Arbeit“ zu. Trotzdem gingen die Bosnierinnen und Bosnier immer wieder zu den Therapierenden. Sie wollten zwar reden, eine Anerkennung ihres Leids, eine Erleichterung dadurch, dass sie sich jemandem mitteilten, der Verständnis hatte und unterstützen konnte. Deshalb kamen die Bosnierinnen und Bosnier immer wieder zu Frau P. in die Beratung (vgl. S. 150) oder gingen zum Südost e. V. in die Selbsthilfegruppe. Herr Džaferović beschrieb das Reden in diesen Gruppen als „erinnern, was war“ sozusagen als Denkmal, damit es sich nicht wiederhole (S. 93). Damit sprach er die wichtigste Dimension der politischen Arbeit südamerikanischer Gruppen von Hinterbliebenen sogenannter „Verschwundener“ an. Doch psychotherapeutisches Erinnern ist keine politische Anklage, denn es will die Erinnerung der Betroffenen konditionieren, Angst und Aufregung sollen so genommen werden. Dieser Widerspruch wurde auch in der Flüchtlingsarbeit thematisiert (Becker 2003; Jovanović 2002/2003; BAFF 2006). Das aus dieser Einsicht resultierende Unbehagen dürfte unter anderem eine Ursache für die Anpassung von Therapien und Therapierenden an die Patientinnen und Patienten sein.

Eine sonderbare Situation also: Die Therapien wirkten nicht, aber sie halfen trotzdem. Die Beschwerden wurden nicht reduziert, im besten Fall lernten die Flüchtlinge Techniken des Selbstmanagements, um sich mit den Beschwerden zu arrangieren, aber sie halfen, den Aufenthalt zu verlängern und später zu erhalten. Argumentativ wurden die Ursachen für ineffektive Therapien bei den Patientinnen und Patienten gesucht. Die Flüchtlinge waren (in der Regel) ohne ein Vorwissen in die Therapien gegangen. Für sie waren es am Anfang einfach „Gespräche“. Die Behandelnden wussten um diese Besonderheit ihrer neuen Zielgruppe, die sie von Patientinnen und Patienten unterschied, die bewusst Psychotherapien nachfragten. So sprach Frau P. von „bosnischen Bauern“, die wenig Reflexionsvermögen hätten; Herr Dr. B. meinte, seine muslimischen Patientinnen und Patienten hätten „archaische Vorstellungen“. Frau G. sah ebenfalls Unterschiede zwischen ihren deutschen und bosnischen Patientinnen und Patienten, die sie am unterschiedlichen Wissen über Psychotherapien festmachte, da es Psychotherapien im ehemaligen Jugoslawien nicht in der Form gab wie in Deutschland. Darauf bezog sich auch Herr W. während des Gesprächs. Eingeschränkte Psychotherapieeignung der Flüchtlinge war ein Allgemeinplatz unter Psy-Vertreterinnen und -Vertretern (vgl. Sharratt/Kaschak 1999: 114). So wurde die Auswahl für eine Psychodramagruppe mit verschiedenen Nationalitäten am BZFO folgendermaßen beschrieben:

Um diese interkulturelle Therapiegruppe zu ermöglichen, war es wichtig, dass alle Gruppenteilnehmer über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten, um von Dolmetschern unabhängig kommunizieren zu können. Von den Teilnehmern wurde zudem eine gewisse therapeutische Vorerfahrung bzw. eine erste Vorstellung dessen erwartet, was sich mit Therapie verbindet (Merkord 2002: 150).

Die fehlenden Deutschkenntnisse wurden in anderen Kontexten durch sprachlich homogene Gruppen, Dolmetschende oder Serbokroatischkenntnisse der anleitenden Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzte ausgeglichen. Das fehlende Wissen über den Ablauf einer Psychotherapie blieb jedoch eine Herausforderung für die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten.

Sie glichen sich deshalb ein Stück weit den Erwartungen der Flüchtlinge an. Das, was die Flüchtlinge als Gespräch und Treffen mit anderen in den Gruppen verstanden, bezeichneten die Therapeutinnen und Therapeuten als Psychotherapie, machten in den Gesprächen mit mir aber auch klar, dass es nicht die klassischen Techniken seien, die sie in ihren Ausbildungen erlernt haben, weil das mit den Flüchtlingen nicht funktionierte:

Ich sammle ein bisschen Themen und dann manchmal nehme ich Papier und erkläre ihnen das auf dem Papier, was das ist, was gerade läuft und was das für ein Thema ist. Und dann, wir machen dann also Körperübungen, also die Übungen, die aus der Gestalttherapie und dann auch aus der Traumarbeit sehr berühmt sind, mit sicherem Ort, mit Entspannung, mit Lichtausstrahlung oder Tiefatmung oder Phantasiereisen, also das machen wir auch in den Gruppen, weil ich denke, das hilft den Frauen. Und das ist schon ein bisschen so wie ein kleiner Notfallkoffer. Ich nenne das einen Psychokoffer. [...] Und das habe ich auch dann mit den Frauen geübt und alles was ich nun, also EMDR natürlich, alles was ich da in meiner Ausbildung bis jetzt so gefunden habe, versuche ich anzuwenden. Aber ich kombiniere die Sachen. Ich arbeite nicht rein so oder rein so. Das ist nicht möglich.<sup>193</sup> (Frau E.)

Die Kombination von verschiedenen Ansätzen schien den Erwartungen der Bosnierinnen und Bosniern am ehesten zu entsprechen und zu helfen. Traumafokussierte Gruppentherapien wie im BZFO waren weniger erfolgreich, denn ihre Mitglieder wechselten oft in eine Einzeltherapie oder medikamentöse Behandlungen, in denen es nicht mehr um das Trauma ging, wie beispielsweise im Fall von Herrn Šeferović. Dieser Entzug wurde auch in einem Artikel über eine interkulturelle Ambulanz geschildert, hier allerdings mit der Begründung des unsicheren Aufenthaltsstatus (Tumani 2002: 217). Es ergab sich das Paradox, dass Flüchtlinge in Therapie gehen mussten, um einen Aufenthaltstitel zu erhalten, aber keine traumafokussierte Psychotherapie mit ihnen begonnen wurde, solange sie keinen sicheren Aufenthaltsstatus hatten, weil ihre mögliche Destabilisierung infolge der Behandlung durch die Therapeutinnen und Therapeuten als zu riskant eingeschätzt wurde. Andererseits brachen Flüchtlinge traumafokussierte Therapien oft ab, wenn sie gedrängt wurden, über ihre Erlebnisse zu berichten. Gelang es den Flüchtlingen, einen Aufenthaltstitel zu erhalten, existierten Bewältigungsalternativen wie Arbeit oder der Besuch von Familienangehörigen; vor allem fehlte jedoch der größte Belastungsfaktor: der Ausreisezwang, sodass Psychotherapien überflüssig wurden, zumindest bis zur nächsten Krise.

Im obigen Zitat beschrieb Frau E. einen Weg für Psychoedukation, dem Vermitteln von Wissen über eine psychische Erkrankung an die Betroffenen (und ihre Angehörigen), ohne das Erlebte ständig zu thematisieren. Sie ermutigt die Frauen in der Gruppe, sich selbst zu helfen. An Beispielen, die sie „gesammelte Themen“ nannte, erläuterte sie mögliche Bewältigungsformen für den Alltag der Frauen. So wurde es zum Beispiel von Frau Nuhanović gar nicht mehr als Psychotherapie

---

<sup>193</sup> Neben dieser Selbstdarstellung gibt es anschauliche Protokolle einiger Sitzungen in einer Diplomarbeit an der Freien Universität Berlin (Čatović 2004: 111 ff.).

wahrgenommen (S. 91), kam aber mit den konkreten Handlungsanweisungen, die sie den Frauen auf den Weg gab, Techniken des Selbst(-managements) (Foucault 1984, Rose 1998) am nächsten.

#### **4.3.2.2 Gruppenarbeit**

Wie beschrieben, waren die Erwartungen der Flüchtlinge an medizinische und psychologische Hilfe zum einen, dass sie Medikamente erhalten und zum anderen, Gespräche, die nicht anstrengten und in denen *ihre* Themen, d. h. Dinge, die sie bewegten und beschäftigten, im Zentrum standen. Es gab eine Vielzahl von Therapiegruppen, die diesen Erwartungen der Bosnierinnen und Bosnier entsprachen und mit den eingeschränkten Kapazitäten der Behandelnden erklärt wurden.

Und dann haben wir die erste Frauengruppe gemacht. Und haben dann auch andere Therapieangebote, sagen wir mal jetzt so begleitende Therapieangebote eingeführt, wie eine Entspannungsgruppe, eine musische Entspannungsgruppe, die mit Bosniern gearbeitet hat. [...] Also wir hatten schon den Ansatz, dass Einzeltherapie das ist, was uns insbesondere ausmacht, und was wir auch anbieten sollten. Und dann ist man halt beschränkt von seinen Möglichkeiten und Kapazitäten. Und darum ging's dann letzten Endes, dass wir die Kapazität erweitern. (Herr K.)

Gruppen wurden also als Antwort auf die massive Nachfrage gegründet und die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten verabschiedeten sich vom Konzept einer individuellen, gesprächsbasierten Psychotherapie. Es wurden andere nicht psychotherapeutische Gruppensitzungen angeboten, zum Beispiel Entspannungs-, Tanz- und Singgruppen. Vor allem für Flüchtlinge waren Gruppen aus Kapazitätsgründen nötig und mit ihnen überhaupt möglich, denn ihre Erfahrungen waren für gemeinsame Therapiesitzungen ähnlich genug. Sie wurden durch die Gruppentherapien, in denen sich gemeinsame Narrative herausbildeten, in die die individuellen Erlebnisse einfließen, weiterhin homogenisiert. Gleichzeitig waren die Gruppen sehr groß, obwohl es Möglichkeiten zur Verkleinerung und intensiverer Arbeit gab.

Und plötzlich hatte ich wieder zwei Gruppen mit je 25 Frauen, eine kleine Gruppe mit zehn und die vierte Gruppe hat sich aufgelöst. Und ich hab dann gesagt, hört mal zu, ihr wolltet doch kleine Gruppen? Ja. Und ihr sitzt wieder alle in großen Gruppen. Ja, aber wir kennen uns alle und das ist gemütlich und in der kleinen Gruppe, das ist irgendwie so, da haben wir Angst. Also die haben wirklich diesen, diese Ansammlung von Freundinnen gebraucht, um sich wohl und sicher zu fühlen. Dann habe ich es akzeptiert. (Frau P.)

Es war nicht nur der große Bedarf, weswegen die Arbeit in Gruppen forciert wurde, sondern auch der Widerstand der Bosnierinnen und Bosnier, die sich in einer (größeren) Gruppe besser aufgehoben fühlten. Deshalb waren die meisten meiner Gesprächspartnerinnen und -partner in Gruppentherapien. Unter ihnen war keine bzw. keiner, die oder der eine andere Therapieform bevorzugt hätte. Es gab einige, die eine Gruppentherapie ausprobierten und dann in eine Einzeltherapie wechselten. Aber auch der umgekehrte Weg war möglich. So war Frau Avdagić erst in einer Einzeltherapie, fand dann aber die Gruppe besser, weil diese ihr mehr entsprach. Eine Gruppentherapie wurde auch von Herrn Galić präferiert, weil er sonst vereinsamen würde. Das unterstreicht das Interesse an Treffen mit anderen Flüchtlingen, nicht aber an traumafokussierter Arbeit. Herr Osmić war gerade darüber enttäuscht und meinte, man könne sich genauso gut in einem Café treffen und reden. Herr Imamović hingegen fand, dass er kein „schwerer Fall“ sei und

somit auch in die Gruppe gehen könne, wo es sowieso kaum Therapiekapazitäten gäbe. In dieser Äußerung wiederholte er die Rechtfertigung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Gruppenarbeit, doch er hatte auch noch nie nach einer Einzeltherapie gefragt.

Die Gruppen zeichneten sich durch Homogenität aus; geschlechtlich<sup>194</sup> und auch im Hinblick auf das Erlebte und den ethnischen Hintergrund der Gruppenmitglieder. Besonders „schwere Fälle“ gingen in Einzeltherapien und Menschen, die aus ethnisch-gemischten Ehen stammten, in solchen lebten oder einer anderen Ethnie als der muslimischen oder kroatischen angehörten, die die Hauptklientel der Therapiegruppen ausmachte. Aber auch Flüchtlinge, die im Vergleich zu den anderen „wenig“ erlebt hatten, wurden in Einzeltherapien geschickt. „Wenig“ erlebt hatte zum Beispiel eine Frau, wenn sie ihren Ehemann, der regulärer Soldat war, im Krieg verloren hatte, während in der Gruppe gleichzeitig andere Teilnehmerinnen waren, die selbst vergewaltigt worden waren, oder die ansehen mussten, wie ihre Ehemänner, Söhne, Väter und Verwandten vor ihren Augen misshandelt und/oder getötet wurden. Im Vergleich zu den Erlebnissen der anderen Mitglieder verblasste ihr Verlust. Die Bewertung des Leids, der Symptome und des Erlebten, die nicht vorgenommen werden sollten, geschah dennoch. Auch die Psychotherapeutinnen und -therapeuten waren sich dessen bewusst und empfahlen in solchen Fällen individuelle Therapien, da sonst die Gruppe nicht homogen genug war. Von einem solchen Fall berichtete Frau R..

Zufällig habe ich Frau Halkić, um die es ging, auch interviewt. Sie hat mir ihren Wechsel in eine Einzeltherapie nicht damit erklärt, „weniger“ erlebt zu haben als die anderen Gruppenmitglieder. Sie stellte ihn als ihre aktive Entscheidung dar, weil sie mit der serbischen Kotherapeutin in der Gruppe nicht klargekommen sei und ihre wahren Gefühle vor dieser nicht hätte äußern können. Sie berichtete auch davon, in der Gruppe angefeindet worden zu sein, weil sie den Verlust ihres Ehemannes nicht überwinden konnte. Von anderen Frauen wurde ihr nahe gelegt, sich einen neuen Partner zu suchen, da sie sexuell unbefriedigt sei. Diese Äußerung hat sie verständlicherweise tief verletzt. Trotzdem führte sie dieses Erlebnis nicht als Grund für ihre Entscheidung, die Gruppe zu verlassen, an, sondern die ethnische Zugehörigkeit der Kotherapeutin. Hier werden nochmals die normierenden Funktionen der Gruppen deutlich, die „schwere“ und „leichte“ Fälle und Angehörige anderer Volksgruppen ausschlossen.

Die bloße Nachfrage kann deshalb nicht die Ursache für die Gruppenarbeit mit Flüchtlingen aus Bosnien und später auch dem Kosovo gewesen sein, denn alle Gesprächspartnerinnen und -partner beschrieben Wechsel zwischen Gruppen- und Einzeltherapien als unproblematisch. Kapazitätsengpässe, die von Psy-Vertreterinnen und -Vertretern ins Feld geführt wurden, um einen verzögerten Therapiestart der Flüchtlinge gegenüber der Ausländerbehörde zu rechtfertigen, wurden von meinen bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partnern nicht angesprochen, auch die Wartelisten nicht. Wer in Therapie wollte, für den wurde auch ein Platz gefunden, wie es auch Herr

---

<sup>194</sup> Die erste Gruppe im Südost wurde vor allem von Männern besucht; die Sitzungen dieser Gruppe fanden noch ohne Anleitung eines Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin statt. Da die Frauen vor den Männern wenig sprachen, wurde eine Psychologin gesucht, die eine Frauengruppe gründen und anleiten sollte (Gespräch mit Frau A.). Herr K. erwähnte im Gespräch eine gemischtgeschlechtliche Gruppe bei Xenion e. V. und auch die Psychodramagruppe von Merkord (S. 160) war eine gemischtgeschlechtliche (Merkord 2002). Diese drei Gruppen waren jedoch die Ausnahme, die Mehrzahl der Gruppen in Berlin richtete sich an Frauen und einige wenige an Männer.



Kapić beschrieb „Und normalerweise gab es sie [Therapie] für solche“ (S. 119). Kurdinnen und Kurden aus der Türkei wurden hingegen nicht vorrangig in Gruppen behandelt, obwohl sie beim Xenion e. V. und auch im Behandlungszentrum für Folteropfer die größte Patientinnen- und Patientengruppe waren. Ich werte diese Tatsache als einen Hinweis darauf, dass die bosnischen Flüchtlinge auch von den Therapeutinnen und Therapeuten stärker als Gruppe mit ähnlichen Erfahrungen wahrgenommen wurden.

Auch eine Äußerung von Frau A. wies in diese Richtung: Sie beschrieb als zentrales Ziel der Gruppe den Austausch unter den Flüchtlingen und die Feststellung, dass der Verlust von Angehörigen sich für alle *gleich* anfühlte, egal welche Nationalität, Herkunft oder welchen Bildungsstandes sie hatten. Persönliche Erlebnisse wurden so, gefördert durch die Therapiegruppen, zu einem Teil der kollektiven Kriegs- und Exilerfahrung. Es entstand unter psychotherapeutischer Anleitung eine Gruppe von Leidensgenossen, wobei das Leid sowohl Kriegs- als auch Exilerfahrungen beinhaltete, und im Hinblick auf beide Erfahrungen waren die Therapiegruppen homogen. Frau Avdagić beispielsweise fühlte sich zunehmend als Außenseiterin in ihrer Gruppe, weil fast alle anderen Frauen mittlerweile einen Aufenthaltsstatus erhalten hatten, sie aber noch nicht. Das war nicht die kognitive Neu- und Umstrukturierung, die eigentlich Inhalt einer Psychotherapie sein sollte.

Die Gruppentherapie war die häufigste Therapieform in Berlin, die dem Bedarf der Bosnierinnen und Bosnier nach Austausch entsprach, deren Dynamik aber weitere Ausschlussmechanismen etablierte und psychotherapeutische Arbeit im klassischen Sinn unterlief. So kam die Psychotherapeutin Frau A. zum Schluss, dass sie mit dem Reden und Erzählen in den Gruppen viel früher hätte aufhören müssen, um nicht einen retraumatisierenden Effekt zu unterstützen, der bei den Anwesenden die Symptome verstärkte. Denn die Gruppentreffen ermunterten die Patientinnen und Patienten, das Erlebte immer wieder zu erinnern.<sup>195</sup> Durch die wiederholten „Seelenstrips“ wurde die Integration des Erlebten in den individuellen Lebenslauf nicht befördert, sondern aufgehalten bzw. durch viele Schilderungen anderer Leidensgenossinnen und -genossen ergänzt. Oft war während Gesprächen mit Flüchtlingen nicht mehr klar, ob die Betroffenen etwas selbst erlebt, oder es von anderen gehört hatten.<sup>196</sup> In der Erinnerungsarbeit wurde das zu Erinnernde in der Gruppe zusammen hergestellt und zu einem Opfernarrativ, das verinnerlicht wurde.

Die wiederholten Erzählungen und emotionale Aufregung in den Therapiegruppen erhält vor dem Hintergrund biologischer Traumatheorien, die von einer Veränderung des Stoffwechsels ausgehen und die Ausstoßung von Endorphinen bei Konfrontation mit traumatischen Inhalten postulieren, eine weitere Dimension: Das Mitteilungs- und Zuhörbedürfnis hätte demnach Suchtcharakter (vgl. Young 1997: 257 f.). Das erklärt die ständige Thematisierung der Erinnerungen, ohne sie bearbeiten

---

<sup>195</sup> Butollo und Hagl stellten fest, dass es bisher keine Evaluation von Gruppentherapien gab, dass aber einige Publikationen betonten, dass traumafokussierte Gruppen eher kontraindiziert sind, da die Teilnehmenden durch ihre Erzählungen jeweils die Erinnerungen bei den anderen wachrufen und es zu Symptomverschlechterungen kommen kann (Butollo/Hagl 2003: 139).

<sup>196</sup> In Anbetracht der Diskussionen um „false memories“ (insbesondere Loftus 1993 und 2003), die durch spätere Erzählungen von Ereignissen evoziert und beeinflusst werden können, ist diese Beobachtung schwerwiegend. So wurden im Nachhinein Erinnerungen generiert, die ursprünglich nicht da waren und sich auf Ereignisse bezogen, die so nicht passiert sind. Hier erhält das Wort „Erinnerungsarbeit“ einen neuen Sinn.

zu wollen, diskreditiert jedoch gleichzeitig die Erkrankten als nach ihren eigenen Schilderungen süchtig. Solange den Überlebenden mit Wohlwollen begegnet wird, werden solche Thesen nicht weiter verfolgt. Sie könnten jedoch in einem sich wandelnden gesellschaftlichen Klima an Gewicht gewinnen und die Attraktivität von Diagnose und Behandlung verändern. In der Vergangenheit erhielten Soldaten mit traumatischen Neurosen wenig Verständnis aber zahlreiche Stromschläge.

Für mich liegt es weniger an biochemischen Zusammenhängen, sondern eher am Einklagen von gesellschaftlicher Anerkennung, dass die Erinnerung an das Vergangene durch die Überlebenden wachgehalten wurde. Nicht der Schmerz machte süchtig, sondern seine Anerkennung. Die Gruppen entlasteten nicht von der Erinnerung, erkannten aber das Leid des Krieges und Exils an. Und so zogen sich die Therapien in die Länge, weil die Anerkennung und das Verständnis halfen und bestätigten:

Ungefähr vier Jahre und dann war das so, dass sich inzwischen immer diese Gruppe, die ich dann als erste angefangen habe früher. Es gab eine sehr große Fluktuation der Frauen. Einige wurden zurück, mussten zurückkehren, dann haben wir neue aufgenommen. Und so ging es immer wieder los. Oder sie haben die Gruppe aus verschiedenen Gründen verlassen. Wir haben uns von einigen getrennt, weil sie konnten, wollten und so weiter nicht mehr und da waren die Plätze frei für die anderen. Das war so eine erste Gruppe. Es war das erste Angebot. [...] Momentan ist die Anwesenheit kein Problem, weil es kleinere Gruppen sind mit zehn Leuten, wegen Krankheit eventuell mal fehlen, aber sonst sind sie immer da.<sup>197</sup> (Frau E.)

Frau E. beschrieb, dass die erste Gruppe immer wieder von Neuem begann, weil Mitglieder die Gruppe aus verschiedenen Gründen wie Rückkehr und Weiterwanderung verließen und andere nachrückten. So war es überall. Übrig geblieben waren wenige Flüchtlinge, die vom Angebot überzeugt waren und die die Sitzungen weiterhin und relativ konsequent besuchten. Mit einem Aufenthaltsstatus war eine Psychotherapie nicht mehr notwendig, denn es eröffnete sich gleichzeitig die Möglichkeit und auch die Notwendigkeit zu arbeiten. Dann hatten viele keine Zeit mehr für die Therapien, aber auch, wie Frau Lisac verdeutlichte, keinen Bedarf, denn sie konnten sich mit Arbeitskolleginnen und -kollegen austauschen (S. 105). Für Frau Bašić machte ein Deutschkurs die Gruppe vorerst überflüssig. So sanken im BZFO die Patientinnen- und Patientenzahlen für Bosnierinnen und Bosnier von 106 Personen im Jahr 2003 (BZFO 2003: 4) auf 36 Personen im Jahr 2007 (BZFO 2007: 24).

#### **4.3.2.3 Therapieerfolg**

Die Therapien halfen bei der Erlangung eines Aufenthaltstitels, stillten den durch Marginalisierung erzeugten Gesprächsbedarf und lehrten die Flüchtlinge eine neue Bewältigungstechnik: Attestierung und Therapie. Herr W. sprach diese Widersprüchlichkeit des Therapieerfolgs kurz im Interview an. Er beschrieb die ständige Gefahr, dass Flüchtlinge aus der Therapie entlassen werden und beim nächsten größeren Problem wiederkommen. Der Erfolg der Therapie wurde durch diese ständig mögliche Destabilisierung massiv infrage gestellt:

Oft fragt man sich dann, hat denn das überhaupt alles irgendwie Nutzen? Oder wenn man jahrelang investiert hat, an Arbeit und Motivation, und Wissen und so weiter. Hat das was gebracht? Ja und das

<sup>197</sup>

In den Protokollen von Vernesa Čatović wurde von vier anwesenden Frauen berichtet (Čatović 2004: 111–125).

fragte ich mich dann oft. Aber ich kann die Frage klar beantworten, es hat was gebracht. (Herr W.)

Was die Therapie neben einem Aufenthalt brachte, blieb auch in Herrn W.s Antwort unklar. Langfristige Verbesserungen des Befindens konnten die Therapien nicht erreichen, dennoch wurden sie als hilfreich eingeschätzt.

Auch eine Studie des Behandlungszentrums für Folteropfer konnte nur einen signifikanten Effekt bei sich aufdrängenden Gedanken feststellen (Birck et al. 2002), der auch mit dem Ende der Therapie assoziiert sein könnte und dem Ende des ständigen Thematisierens des Erlebten in ihr. Überspitzt könnte es heißen, dass es den Flüchtlingen ohne Therapie besser ging, gleichzeitig aber die Behandlung in Bezug auf die anderen Symptome und Erkrankungen (insbesondere Depressionen) nicht halfen. Die Studie hatte viele methodische Einschränkungen. Interessant ist aber, dass es in der Regel keine Symptomerhebungen zu Therapieende gab. Nur am Anfang der Therapien wurden die Patientinnen und Patienten zu ihren Beschwerden befragt, danach nicht mehr. Für die Studie wurden die ehemaligen Klientinnen und Klienten zwei Jahre nach Therapieende nochmals aufgesucht. Die bosnischen Patientinnen und Patienten der ursprünglich ausgewählten Stichprobe waren zum Großteil nach Bosnien zurückgekehrt (Birck et al. 2002: 230). In der Publikation wird betont, dass es bei den meisten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern Symptomeinbrüche gab: bei Kurdinnen und Kurden nachdem der PKK-Führer Öcalan entführt wurde und bei der einzigen bosnischen Patientin nach Bekanntwerden serbischer Massaker im Kosovo. Implizite Botschaft: Normalerweise ging es den Befragten sonst besser, nur zum ungünstigen Zeitpunkt der Studie waren sie besonders belastet.

Da systematische Therapieevaluationen fehlten, war die Wirksamkeit von Therapien ein Misstrauensmoment zwischen Psy-Vertreterinnen und -Vertretern und Flüchtlingen, das ihre Beziehung begleitete. Obwohl sie es vorgaben, vertrauten die Therapeutinnen und Therapeuten den Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Schilderung ihrer Symptome nicht völlig. Vielleicht vertrauen Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Disziplinen ihren Patientinnen und Patienten generell nicht, denn Letztere sind erklärtermaßen krank. In Bezug auf Zugewanderte kann das Misstrauen zusätzlich unter dem Deckmantel der Kultursensibilität versteckt und diskutiert werden (Weiss 2003: 121 ff.). So wurde im Handbuch zur „Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“, das die Berliner Arbeitsgruppe zur Formulierung von Standards für Gutachten publizierte, explizit ein „Vorbeugen gegen Irreführtwerden“ eingefordert (Haenel/Wenk-Ansohn 2004: 221 f.). Der betreffende Absatz verteidigt die professionelle Rolle der Begutachtenden als unabhängige Sachverständige. Auf allen übrigen Seiten des Buches wird ihnen jedoch erklärt, wo und wie sie nach Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung suchen und diese Behörden und Ämtern gegenüber in ihren Stellungnahmen darstellen müssen.

Der aufenthaltsrechtliche Zwang war für die Situation, in der sich Flüchtlinge an Psy-Vertreterinnen und -Vertreter wendeten, prägend. Ohne den Zwang wären viele Flüchtlinge nicht zu Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder zu Psychiaterinnen und Psychiatern gegangen, das sahen auch die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter so:

Und so hat sich dann auch immer mehr also ein Bedarf an Behandlung entwickelt. Und dann sind daraus langjährige Behandlungskontakte entstanden. Kurze, aber oft auch langjährige und langjährig

auch deswegen, weil die ausländerrechtliche Situation dann überhaupt nicht zur Entspannung beigetragen hat, sondern im Gegenteil [...] Und diese Kopplung von Krankheit in Anführungszeichen und eine Verschonung von der Abschiebung, das hat natürlich. Es ist einerseits sage ich mal, humanitär, weil man natürlich niemand, der krank ist, oder der, sage ich mal, kaum überlebensfähig ist [abschiebt, A. W.] [...] Das einerseits, da ist was Richtiges dran, und andererseits hat es dazu beigetragen, dass viele auch nicht gesund werden dürfen oder konnten, sonst wären sie nämlich abgeschoben worden. (Herr W.)

Herr W. erklärte, warum aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten ihre Behandlung nicht half, denn es wurde kein Aufenthaltstitel gewährt. Auf der anderen Seite war es die fehlende Therapiemöglichkeit, die einen Aufenthalt für die bosnischen Flüchtlinge rechtfertigte, nicht die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung an sich. An der Entstehung dieser Rechtfertigung waren die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter maßgeblich beteiligt. Sie konstruierten ihre Angebote als hilfreich und notwendig, selbst wenn es dafür an bestätigenden Daten fehlte, so wurden rhetorisch vielfältige Gründe ins Feld geführt, warum die Therapien nicht helfen konnten. In der oben zitierten Evaluationsstudie des Behandlungszentrums für Folteropfer gaben 11 von 30 befragten Patientinnen und Patienten an, wegen aufenthaltsrechtlicher Probleme in Therapie gegangen zu sein, für 18 Patientinnen und Patienten waren es ihre Beschwerden (Birck et al. 2002: 233). Der aufenthaltsrechtliche Druck brachte den Therapeutinnen und Therapeuten Patientinnen und Patienten, dessen waren sich Erstere sehr wohl bewusst.

#### **4.3.2.4 Was hilft?**

Andere Möglichkeiten der Verarbeitung der Vergangenheit wären genauso möglich gewesen wie zum Beispiel die Selbsthilfegruppen im Südost, die erst später psychotherapeutisch angeleitet wurden. Wieso sollte es für die Flüchtlinge einen Gewinn darstellen, wegen des aufenthaltsrechtlichen Drucks in eine Psychotherapie zu gehen, wenn diese am Ende nicht die Symptome reduzierte, zumal die Medikamente bereits halfen? Die starke Position der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter half bei der Erreichung eines Bleiberechts für einen Teil der bosnischen Flüchtlinge. Das war der eigentliche Verdienst der Psychotherapien und Psychotherapierenden.

Ähnlich wie in Youngs Beschreibung der Veteranenklinik wird klar, dass es nicht die psychotherapeutische Behandlung war, die eine Verbesserung des Gesundheitszustandes mit sich brachte. Bei Young war es der geregelte Tagesablauf, der für einen Rhythmus sorgte und damit die Orientierungslosigkeit der Veteranen minderte (Young 1995). Bei den bosnischen Flüchtlingen reduzierten nicht die Therapien die Probleme, sondern der Aufenthalt, der Sicherheit gab, Vorwärtsschauen ermöglichte und für einige auch Arbeit brachte und damit neue Freunde, Ablenkung und Teilhabe an der Gesellschaft.

Von den Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurde ihre neue Rolle in der Flüchtlingsarbeit klar erkannt und thematisiert (Rafailović 2005, Birck 2002, Groninger 2001 und 2006, BAFF 2006). Die zunehmende Bedeutung von psychiatrischen und psychologischen Stellungnahmen für aufenthaltsrechtliche Entscheidungen war kein bundesdeutsches Phänomen. Ähnliche Entwicklungen und Debatten waren in Österreich (Ottomeyer/Renner 2006), in der Schweiz

(Maier/Schnyder 2007) und auch in Frankreich (Fassin/d'Halluin 2005 und 2006, d'Halluin 2006) zu beobachten. Im Resultat wurde die Arbeit mit Flüchtlingen als besonders fordernd empfunden (denn es ging um ein Bleiberecht) und erzeugte neben der beschriebenen Befriedigung (vgl. S. 145) auch Frustrationen bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten:

Nein, die wollen Medikamente. Medikamente sind superwichtig. Da schluckt man was und da hat man, was man hat. Tütenweise. Und auch da ist die Gruppe gut, weil wenn sie schon von vielen anderen Frauen hören, dass diese Medikamente ihnen auch nicht helfen, dann nehmen sie manchmal so ein bisschen eine kritische Distanz zu dieser Menge an Gift, was die da schlucken. Wobei ich denen nie sagen würde, nehmen sie keine Medikamente, das wäre völlig unverantwortlich, natürlich sollten sie sie nehmen. Das ist eher die Frage immer wieder der Selbstreflexion. (Frau P.)

Die medikamentöse Behandlung blieb die zentrale Bewältigungstechnik, trotz Psychotherapien. Gleichzeitig versuchten die Psychotherapeutinnen und -therapeuten den Flüchtlingen zu verdeutlichen, dass die Medikamente nicht oder nicht auf Dauer wirkten und damit keine Bearbeitung ihrer Probleme möglich sei. Erklärtermaßen konnte das nur eine Psychotherapie. Doch auf diese mussten sich die Flüchtlinge einlassen und dazu einen bestimmten Willen und eine Gabe mitbringen, über sich selbst nachzudenken, zu erzählen und immer tiefere Schichten ihres Selbst freizulegen. Wenn eine solche Therapie nicht wirkte, lag es an der mangelnden Reflexion der Teilnehmenden.

Diese Technik der ständigen Selbstreflexion und des andauernden Selbsthinterfragens und Bekennens hat eine bestimmte Tradition, die eng an städtisches Leben in westlich geprägten Zivilisationen gebunden ist und in bürgerlichen Kreisen zelebriert wurde. Mit den Verlusterfahrungen der Flüchtlinge und dem daraus resultierenden Schmerz hatte diese Technik nichts zu tun. Trotzdem wurde sie eingesetzt, weil ihre Vertreterinnen und Vertreter in die Flüchtlingsarbeit vorgestoßen waren und nun neben juristischen und sozialarbeiterischen Angeboten eine therapeutische Antwort auf die Probleme des Flüchtlingsalltags anboten. Erfolg hatten sie, weil die aufenthaltsrechtlichen Weisungen ihren Argumenten folgten und den Expertinnen- und Expertendiskurs über die Notwendigkeit einer Psychotherapie anerkannten und weil sie ihre Therapietechniken an die Bedürfnisse und Erwartungen der Flüchtlinge anpassten.

Dabei hatten die Flüchtlinge ihre eigenen Bewältigungstaktiken. Die eine war das Beisammensein, das sich in der Gruppenarbeit widerspiegelte. Eine andere Taktik, die Besinnung auf alte Fertigkeiten und Aktivitäten, war vor allem für die Männer in Berlin durch das Arbeitsverbot stark eingeschränkt. Die fehlenden finanziellen Mittel reduzierten auch ihren sozialen Radius, denn öffentliche Treffen, in Cafés zum Beispiel, waren eher selten, da sie mit Kosten verbunden waren. Die Frauen hingegen besuchten sich gegenseitig, kümmerten sich um den Haushalt, andere Familienmitglieder und widmeten sich (wieder) Handarbeiten:

Und ich weiß noch, dass das erste Deckchen, das ich bekommen habe, mich wirklich auch zutiefst erschüttert hat. Das war eine Frau, die wirklich Entsetzliches durchgemacht hat. Und dann so ein, so dieses feinste Garn, sie kennen das wahrscheinlich, dieses ganz feine Baumwollgarn, so einen Tischläufer gemacht hat, also aus lauter Rosen. Und einmal die Rosen und gleichzeitig war es aber so, dass sie dann erzählt hat, dass sie, dass es das erste ist, was sie überhaupt wieder gemacht hat. Also dass sie sich erinnert hat, dass sie eine Fähigkeit und eine Fertigkeit hat. Und gleichzeitig hat sie in jede dieser Rosen diesen Schrecken gehäkelt. [...] Weil das war, das war eher ein Ausdruck

von, ja, sowohl von Dankbarkeit, als auch von Selbstachtung, als auch von den Schreck irgendwo unterbringen können, wie ihn einzuhäkeln. (Frau A.)

Frau A. beschrieb eine Bewältigungstechnik, die von den Frauen in die Gruppe eingebracht wurde. Wieder war es die Arbeit, etwas anzufertigen, die eine Überwindung, Ablenkung und Anerkennung ermöglichte. Durch die Tätigkeit gelang es, die Kluft zwischen damals und heute zu überbrücken und neue Anknüpfungspunkte zu finden. In dieser Gruppe entstanden Handarbeiten wie Häkeldeckchen; in der Folge gründete sich eine Frauengruppe im Südost e. V., die aus den Handarbeiten ein Kunstprojekt entwickelte: Namen und Geburtsdaten von vermissten Familienmitgliedern wurden auf Tücher gestickt und diese wurden im Eingangsbereich des Vereins ausgestellt. Die Treffen sollten auch therapeutischen Charakter haben. Den Vermissten wurde so ein Denkmal gesetzt, das sie dem Vergessen entriss und gleichzeitig ihren Verlust be- und anklagte. Weil der Südost e. V. kein Behandlungszentrum war, beschritt es auch neue Wege in der Trauerarbeit. Die einzelnen Tücher wurden von der Künstlerin Anna S. Brägger zu einem „textilen Raster“ verbunden und ausgestellt (Braegger, undatiert). Die Gruppe war zwar, laut Selbstdarstellung, therapeutisch ausgerichtet, kam aber ohne Psychotherapeutinnen und -therapeuten aus.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Engagement für die Flüchtlinge auch für die Karrieren der Therapeutinnen und Therapeuten förderlich war und sie durch die Präsenz und Popularisierung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung gesellschaftlichen Einfluss gewannen. Gleichzeitig passte sie sich aber auch an die Bedürfnisse der Flüchtlinge an, sie waren aktiv in der Flüchtlingsarbeit engagiert und konnten durch professionelle Lobbyarbeit vielen bosnischen Kriegsflüchtlings einen Aufenthaltsstatus sichern. Die Behandlung der Bosnierinnen und Bosnier war für viele Therapeutinnen und Therapeuten intensiver als die Arbeit mit anderen Patientinnen- und Patientengruppen und hatte für Therapierende mit deutschem Hintergrund auch enge Verbindungen zur deutschen Vergangenheit des Zweiten Weltkrieges und danach. In der Behandlung wurden Gruppentherapien bevorzugt und klassische Therapieformen um Körperübungen und hypnotische Verfahren erweitert. Zudem war Erinnerungsarbeit in der Auseinandersetzung mit der Vergangenheit wichtig, wobei hier Zeugenschaft und Verortung in einer Opfergruppe im Vordergrund standen. Die Therapien wirkten nicht primär auf der Symptomebene, sondern halfen, dauerhaft einen sicheren Aufenthaltsstatus zu erreichen. Diese Verschiebung beeinflusste auch die Beziehung zwischen Psy-Vertreterinnen und -Vertretern und Flüchtlingen. Kurz angesprochen wurden Argumentationslinien der Behandelnden der Berliner Innenverwaltung gegenüber, die zum Teil von ihrer Alltagspraxis abwichen. Im folgenden Kapitel stelle ich den letzten wichtigen Akteur in den Verhandlungen um ein Aufenthaltsrecht für bosnische Flüchtlinge dar: die Berliner Senatsverwaltung für Inneres und Sport und die ihr unterstehende Ausländerbehörde.

## 5 Die Reglementierenden

Die Berliner Senatsverwaltung für Inneres und Sport, insbesondere aber die Ausländerbehörde, waren indirekt schon mehrmals Thema auf den vorangegangenen Seiten. Die Ausländerbehörde war in den Beschreibungen der Lebenswelten der Bosnierinnen und Bosnier präsent, weil sie hier ihre Duldungen verlängern mussten und durch sie mit Abschiebungen zu rechnen hatten. Die Senatsverwaltung für Inneres war Verhandlungspartner der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter. Meine Ausführungen bleiben aufgrund weniger Quellen eher kurz. Es bleibt eine Spurensuche, denn die Ausländerbehörde selbst trat bis in die 2000er Jahre nie aktiv in die Öffentlichkeit. Da ich nur bei der Senatsverwaltung für Inneres einen Gesprächspartner fand, kann ich die Behördenpraxis nur vermittelt über einen weiteren Akteur darstellen. Ich gehe im ersten Teil auf die allgemeinen Umstände der Aufnahme und der Rückführung bosnischer Flüchtlinge in Berlin ein und dann auf die Traumatisierten als spezielle Gruppe unter den Flüchtlingen aus Bosnien-Herzegowina.

### ***5.1 Bosnische Flüchtlinge als logistische und finanzielle Herausforderung für das Land Berlin***

Die Berliner Ausländerbehörde war die größte Ausländerbehörde bundesweit und weist im Vergleich zu anderen Bundesländern einige Besonderheiten auf, die mit zwei strukturellen Gegebenheiten zusammenhingen. Einerseits fielen in Berlin kommunale und Landesebene zusammen, wie auch in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen. Andererseits war Berlin besonders von der Wiedervereinigung gefordert. Jahrzehntlang war die Stadt geteilt und beide Teile entwickelten sich in vielerlei Hinsicht unterschiedlich. Der westliche Stadtteil war vor der Wende ein Zentrum für alternative und politisch links stehende Menschen und Gruppierungen und gleichzeitig eine kapitalistische Enklave innerhalb der DDR. Mit der Wende wurde Berlin zum einzigen Bundesland, das den ehemaligen Osten und Westen in sich vereint. Beide Teile mussten aneinander angeglichen bzw. der Ostteil dem Westteil ähnlich strukturiert werden. Die zuvor unablässig fließenden Subventionen aus Westdeutschland wurden eingestellt und der Berliner Arbeitsmarkt geriet durch ehemalige DDR-Bürger, die ihre alten Arbeitsstellen verloren hatten und/oder von höheren Verdienstmöglichkeiten im Westteil der Stadt angezogen wurden, unter großen Druck. Im Ostteil gab es eine Vielzahl „abzuwickelnder“ Betriebe und Immobilien – insgesamt mehr Konkursmasse als Kapital. In der Konsequenz war Berlin seit Beginn der 1990er Jahre geprägt von finanziellen Engpässen, hoher Arbeitslosigkeit und einer Vielzahl von Neu- und Umstrukturierungen. Diese Zusammenhänge müssen bei der Betrachtung der Aufnahme bosnischer Bürgerkriegsflüchtlinge in Berlin berücksichtigt werden, die genau in dieser Umstrukturierungszeit die Berliner Innenverwaltung vor weitere Herausforderungen stellte.

Sehr detailliert schilderte Thomas Hohlfeld (2008) die Geschehnisse der 1990er und 2000er Jahre im bundesdeutschen Zusammenhang allgemein und in Bezug auf die bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge in Berlin im Speziellen. Er trug umfassendes Material zusammen, dem er leider durch seine Polemik gegen die Senatsverwaltung für Inneres (und Sport) und die Ausländerbehörde seine wissenschaftliche Überzeugungskraft nahm. In seinem sehr langen

Kapitel E beschäftigte er sich eingehend mit der Praxis der Berliner Ausländerbehörde aus der Sicht von Flüchtlingsunterstützerinnen und -unterstützern. Ich fasse die wichtigsten Entwicklungen zusammen, um einen Eindruck von der Akteurslogik zu vermitteln. Dazu nutze ich Dokumente aus den Akten der Senatsverwaltung für Inneres, das von Hohlfeld gesammelte Datenmaterial und seine Beschreibungen, wo sie mir belastbar erscheinen, und ergänze sie durch eigene Beobachtungen und die Gespräche mit Herrn Hampel und Frau Professor John.

Herr Hampel war Referent für aufenthaltsrechtliche Fragen der Berliner Senatsverwaltung für Inneres.<sup>198</sup> Die Ausländerbehörde war eine nachgeordnete Behörde der Senatsverwaltung für Inneres, stellte aber eine eigene Abteilung des Landeseinwohneramtes (LEA) dar, das seit 2005 zum Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) fusionierte und die Weisungen der Senatsverwaltung umsetzte. Das Gespräch war mit 30 Minuten eher kurz und vor allem durch die Worte „das weiß ich nicht mehr genau, das müsste ich nachschauen“ geprägt, obwohl meine Fragen Herrn Hampel bereits vor dem Interviewtermin vorlagen. Zwei Jahre später ermöglichte er mir zu Nachrecherchezwecken den Einblick in die Akten der Senatsverwaltung für Inneres zu „Bosnien und Herzegowina“<sup>199</sup>, wodurch ich einige meiner Thesen absichern konnte, aber auch noch vielfältiges neues Material fand. Daneben kam es zu einem weiteren Gespräch mit Herrn Hampel, das erneut meinen Eindruck bestätigte, dass „die Bosnier“ für die Senatsverwaltung für Inneres schon fast vergessen waren und nur die „Kehrtwende“ im Hinblick auf die Anerkennung von Traumatisierungen von einer restriktiven zu einer generösen Praxis in Erinnerung blieb. Eher unkonkret verlief auch das Gespräch mit der ehemaligen Ausländerbeauftragten Frau Professor John. Beide Gespräche illustrieren, dass die bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge nur eins von unzähligen Themen auf der politischen Agenda der Berliner Politik in den 1990er Jahren waren. Sitzungsprotokolle parlamentarischer Debatten, Kleine Anfragen und ihre Beantwortungen unterstützen diese Beobachtung.

In den politischen Auseinandersetzungen über die bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge und ihre Aufnahme lassen sich zwei widersprüchliche Haltungen finden. Vor allem während des Krieges im ehemaligen Jugoslawien ging es um die Unterstützung für die Überlebenden. Deshalb erhielten ab 1993 die Frauenberatungsstelle der Arbeiterwohlfahrt und der Südost-Europa Kultur e. V. Gelder für psycho-soziale Hilfen und Selbsthilfeprojekte. Doch frühzeitig gab es auch Stimmen, die vor der Aufnahme von zu vielen Flüchtlingen warnten, denn mit ihrer wachsenden Zahl waren die Unterbringungskapazitäten der Sozialämter in der Stadt schnell ausgeschöpft. So lehnte die Senatorin für Soziales, Frau Stahmer, in einer Parlamentsdebatte eine zusätzliche Aufnahme von Flüchtlingen aus Bosnien im Rahmen einer humanitären Aktion bereits im November 1992 mit folgenden Argumenten ab:

Wir haben zur Zeit 30 000 Flüchtlinge in Notunterkünften in der Stadt. Wir bekommen jeden Monat etwa 1800 neue Flüchtlinge dazu, wovon etwa 600 bis 700 auch ohne eine besondere humanitäre

---

<sup>198</sup> Die Berliner Senatsverwaltung für Inneres und Sport war der Unterstützung von Forschungen gegenüber aufgeschlossener als die Ausländerbehörde. Auch Thomas Hohlfeld erhielt Materialien für seine Dissertation von der Senatsverwaltung für Inneres, die ihm von der Behörde nicht zur Verfügung gestellt wurden (Hohlfeld 2008: 38).

<sup>199</sup> Die Akten der Senatsverwaltung für Inneres zum Ausländerrecht waren nach Herkunftsländern geordnet, sodass 1992 auch eine Akte für „Bosnien und Herzegowina“ angelegt wurde.



Aktion aus Bosnien und dem ehemaligen Jugoslawien kommen. Ich glaube nicht, daß wir diesen Flüchtlingen in dieser Stadt noch eine Perspektive bieten können, die der Menschenwürde, die wir alle einfordern, entspricht, wenn wir sie in noch mehr Turnhallen und ähnlichem unterbringen würden. Wir haben einfach keine zusätzliche Unterbringungskapazität in dieser Stadt mehr, die dem Problem gerecht werden könnte. (Abgeordnetenhaus Berlin, 12.11.1992: 3153D)

Die Bereitstellung von Wohnraum war ein Problem für die Sozialämter, die für die Unterbringung von Obdachlosen zuständig waren, zu denen auch Flüchtlinge, die nicht bei Verwandten und Freunden unterkommen konnten,<sup>200</sup> zählten. Der Anteil bosnischer Flüchtlinge stieg im Verlauf von vier Jahren auf fast ein Prozent der Berliner Wohnbevölkerung, der Anteil jugoslawischer Flüchtlinge insgesamt lag noch höher. Auch die Ausländerbehörde war mit dem Zustrom der Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien überfordert, denn sie litt an Personalmangel, einer schlechten räumlichen Infrastruktur und fehlenden Mitteln für Dolmetscherinnen und Dolmetscher. So war bis zum 15.10.1992 nur *ein* Dolmetscher insgesamt 45 Stunden im Einsatz. Wenn die von Frau Stahmer genannte Neuregistrierung von 1.800 Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien monatlich zugrunde gelegt wird, wäre seit Kriegsbeginn in Bosnien-Herzegowina (April 1992) dieser eine Dolmetscher bei der Anmeldung von mindestens 10.800 Flüchtlingen beteiligt bzw. in Anbetracht der wenigen Arbeitsstunden eher nicht beteiligt gewesen.<sup>201</sup> Die Einsatzzeiten des Dolmetschers sollten erhöht werden, hieß es im Plenarprotokoll weiter, in dem es um „Menschenunwürdige Zustände am Waterloo-Ufer“ ging (Abgeordnetenhaus Berlin 15.10.1992: 3059C).

Eine Beschreibung dieser Zustände lieferte Thomas Hohlfeld (2008: 441 ff.) in seinem Kapitel über die Außenstelle der Ausländerbehörde am Waterloo-Ufer, wo sich das „Sondersachgebiet Jugoslawien-Flüchtlinge“ befand. Um eine Duldung zu erhalten oder sie zu verlängern, übernachteten Flüchtlinge vor dem Gebäude, um am Folgetag an die Reihe zu kommen. Das Chaos wurde durch die Duldungsvergabe zu einem bundesweit festgelegten Stichtag verstärkt, was die erneute Vorsprache alle sechs Monate erforderte, denn für diesen Zeitraum wurden die Duldungen anfänglich ausgegeben. Wegen dieser Stichtagsregelung war die Behörde jeweils im März und September mit der Verlängerung der Duldungen für bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge beschäftigt (Hohlfeld 2008: 442); bei 30.000 Flüchtlingen war dies eine außerordentliche Arbeitsbelastung, die die Nerven von Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern sowie von Flüchtlingen gleichermaßen strapazierte. Eine räumliche Entspannung trat ein, als das „Sondersachgebiet Jugoslawien-Flüchtlinge“ vom Provisorium am Waterloo-Ufer im März 1994 in einen Ostberliner Plattenbau in Hohenschönhausen umzog (Hohlfeld 2008: 445 f.). Dieses Gebäude wurde bis 2001 genutzt (LABO 2001: 17).

Meine Einsicht in die Akten der Senatsverwaltung für Inneres aus den ersten 16 Monaten nach Kriegsende (Januar 1996 bis April 1997) zeigte, dass die schnelle Rückkehr der bosnischen Flüchtlinge nach Kriegsende das primäre Interesse der Senatsverwaltung für Inneres war. So

---

<sup>200</sup> Hier war das beschriebene bosnische „family welfare project“ (vgl. Fußnote 107 auf S. 76) wichtig, das Anlaufpunkte und auch eine erste Aufnahme der Flüchtlinge in Berlin sicherte und – zum Verdruss der Behörden – einen nicht enden wollenden Zuzug bosnischer Kriegsflüchtlinge nach Berlin trotz Visumpflicht auslöste.

<sup>201</sup> Die Anmeldung erfolgte offensichtlich nur in Ausnahmefällen unter Hinzuziehung des Dolmetschers, so dass Missverständnisse nicht ausgeschlossen werden konnten.

versandte die Ausländerbehörde bereits im Januar '96 an alle bosnischen Flüchtlinge prophylaktisch<sup>202</sup> Duldungsaufhebungen und machte sie darauf aufmerksam, dass sie zurückkehren könnten, denn der Krieg sei vorbei. Dies wurde bundesweit scharf kritisiert, da die Innenministerkonferenz noch kein genaues Vorgehen beschlossen hatte, noch kein Rücknahmeabkommen mit der bosnischen Regierung existierte (Sonnenberg 1996) und eine Rückkehr auf dem Landweg wegen fehlender Transitvisa noch gar nicht möglich war.

Daneben gelang es ersten Flüchtlingen in Berlin, eine Aufenthaltsbefugnis durch das Verwaltungsgericht zugesprochen zu bekommen. Wie in der Fußnote 95 auf S. 69 ausgeführt, hätten die Bosnierinnen und Bosnier während der Kriegsjahre eine Aufenthaltsbefugnis erhalten können. Dieser Aufenthaltstitel wurde zwar für Flüchtlinge eingeführt, aber nicht für die Bosnierinnen und Bosnier, die erste Gruppe, auf die das geänderte Gesetz hätte Anwendung finden können, genutzt. An der Jahreswende 1995/96 wurden die ersten Klagen verhandelt und vom Berliner Verwaltungsgericht zugunsten der Flüchtlinge entschieden, sodass ihnen eine Aufenthaltsbefugnis hätte ausgestellt werden müssen.<sup>203</sup> Die Ausländerbehörde erteilte sie trotzdem nicht, was gesetzwidrig war und deshalb hohe Wellen in der Lokalpresse (Scheub 1996a/b) schlug und auch in den Akten der Senatsverwaltung für Inneres seine Spuren hinterließ.<sup>204</sup>

Den Entscheidungen des Verwaltungsgerichts, die den Bosnierinnen und Bosniern eine Aufenthaltsbefugnis zugesprochen hatten, wurde auf Anordnung der Berliner Senatsverwaltung für Inneres durch die Ausländerbehörde widersprochen und Verfahren am Oberverwaltungsgericht (OVG) angestrengt. In einem Fall wurde „bedauerlicherweise [die] Beschwerdefrist ungenutzt versehentlich verstreichen [ge]lassen“, so eine Aktennotiz der Ausländerbehörde, um der Senatsverwaltung für Inneres über den Vorgang zu informieren. Im Klartext: es wurde kein Verfahren am Oberverwaltungsgericht angestrengt, aber auch keine Aufenthaltsbefugnis erteilt. Auch war der Verbleib der Ausländerakte der betroffenen Familie unklar. Diese wurde von der Senatsverwaltung für Inneres bei der Ausländerbehörde angefordert, dort aber war sie nicht aufzufinden. Klärung brachte ein Anruf beim Verwaltungsgericht: „Die Ausländerakten der Familie X. befinden sich nach fernmündlicher Auskunft von Herrn RiVG Y. zur Zeit beim OVG

---

<sup>202</sup> Prophylaktisch hieß, dass es zwar noch keine bundesweite Einigung bezüglich der Rückkehr der Bosnierinnen und Bosnier gab, die Berliner Senatsverwaltung für Inneres aber sichergehen wollte, dass keine Fristen verstrichen und sich die Rückkehr dadurch verzögerte. Im Schreiben der Ausländerbehörde wurde auch nur vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass die Adressaten bald abgeschoben werden könnten, wenn die Innenministerkonferenz einen solchen Beschluss fassen sollte und das Schreiben auch nur dann überhaupt gültig wäre.

<sup>203</sup> Daneben klagten Anfang 1996 Bosnierinnen und Bosnier auch auf eine Aufenthaltsbefugnis, wenn sie zurückkehren wollten, denn mit den Duldungen konnten sie einige Transitstaaten nicht durchreisen. Bis Juli 1996 gab es keine Transitvisa für Tschechien, Kroatien, Slowenien und die Schweiz. Wenn die Bosnierinnen und Bosnier jedoch eine Aufenthaltsbefugnis vorweisen konnten, was Flüchtlinge in den alten Bundesländern zum Teil konnten, war eine Durchreise möglich, da die Transitländer dann nicht mehr befürchteten, dass die Flüchtlinge bei ihnen bleiben würden. Den Flüchtlingen drohte der Verlust ihres Besitzes, den sie nach einem Kriegsgesetz bis zu sechs Monaten nach Kriegsende vor Ort anmelden mussten (Emmerich 1996).

<sup>204</sup> Überhaupt füllte sich die Akte der Senatsverwaltung für Inneres zu Bosnien-Herzegowina in diesen Monaten schnell. Im Jahr 1996 hatten bis Mai die einzelnen Monate gemessen in Aktendicke jeweils einen Umfang von 4 cm. Im Jahr 2000 reichte die gleiche Aktendicke für ein halbes Jahr, seit 2006 wird eine Hängeakte geführt, die momentan (November 2008) erst auf zwei Zentimeter angewachsen ist. Hier materialisierte sich Herr Hampels Eindruck, dass die Bosnierinnen und Bosnier für die Verwaltung kein Thema mehr sind, nachdem sie viele Jahre ein zentrales Thema waren.

[anonymisiert, A. W.].“ Wieso die Akte sich bereits beim Oberverwaltungsgericht befand, obwohl es aufgrund eines versäumten Widerspruchsverfahrens noch gar nicht zuständig war, bleibt unklar. Es zeigt aber ausschnittartig die bürokratischen Mühlen, in die die Flüchtlinge gerieten und mit deren Abläufen sich selbst die Mühlenbetreibenden nicht mehr richtig auszukennen schienen.

So konnten wegen der wachsenden Zahl der Vorgänge (Grenzübertrittsbescheinigungen, Pässeinzugsbescheinigungen, Vignetten für Orientierungsreisen, Widersprüche in Verwaltungsgerichtsverfahren, Anträge auf Aufenthaltsbefugnisse, Ermittlung von Herkunftsregionen und -orten, später auch Abschiebevorbereitungen und die normale Duldungsverlängerung) nicht mehr alle Vorsprechenden eines Tages bedient und Fristen aus Kapazitätsgründen nicht eingehalten werden. Schreiben der Ausländerbehörde in der Akte der Senatsverwaltung für Inneres dokumentierten dies. Ich führe hier drei Beispiele aus dem Jahr 1996 auf, als die Rückkehr beginnen sollte:

Am 24.06.1996 wurde aus der Ausländerbehörde Sachgebiet IV B 34 (Bürgerkriegsflüchtlinge) in Bezug auf die Widerspruchsbearbeitung der Ausreiseaufforderungen<sup>205</sup> an die Berliner Senatsverwaltung für Inneres mitgeteilt, dass

[...] seit der Praxis, Abschiebungsandrohungen auszuhändigen, von Beginn des Jahres an bis zum 18.06.1996 [sind] 6.207 Widersprüche, von denen 4.028 gleichzeitig Aufenthaltsbefugnisanträge enthalten, eingegangen. Im Juli wird das Publikum zur Duldungsverlängerung vorsprechen, das entgegen ursprünglicher Absicht weiterhin geduldet wird [...] Angesichts der genannten Vielzahl der Vorgänge würden wir es begrüßen, wenn Mitarbeiter Ihres Hauses unmittelbar zur Widerspruchsbearbeitung in unserer Dienststelle [...] tätig werden könnten.<sup>206</sup>

Hier werden der Aufwand und die Überforderung deutlich. Circa 30.000 bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge mussten ab Juli 1996 ihre Duldung verlängern und alle, die zur ersten Rückführungsphase zählten, hatten auch schon eine Abschiebungsandrohung erhalten, gegen die viele einen Widerspruch einlegten. „Entgegen ursprünglicher Absicht“ musste ihnen allen die Duldung verlängert werden, denn sie konnten bis zum Juli 1996 noch nicht auf dem Landweg zurückkehren, da die Transitabkommen erst ab Juli in Kraft traten (vgl. Fußnote 203). Und sie konnten auch nicht abgeschoben werden, da es noch kein Rücknahmeabkommen mit Bosnien-Herzegowina gab. Die erste Rückkehrphase verzögerte sich. Gleichzeitig sollte ihnen „aus Kostengründen“ die Versagung einer Aufenthaltsbefugnis „ausgehändigt“ werden, wenn sie eine beantragt hatten.<sup>207</sup> Die „prophylaktischen“ Abschiebungsandrohungen wurden noch – ohne die Kosten zu scheuen – an alle Flüchtlinge zuvor per Post versandt. Mit dem Aushändigen der Ablehnungen der Anträge auf eine Aufenthaltsbefugnis verkomplizierten sich die Abläufe, die Duldungen konnten nicht einfach verlängert werden: Es musste erst festgestellt werden, ob ein Widerspruch eingereicht wurde und dann ein Unterschied gemacht zwischen einem normalen Widerspruch und einem Widerspruch mit Aufenthaltsbefugnisantrag. Nur in diesem Fall sollte eine Ablehnung ausgehändigt werden.

Die letzte Frage des Briefes lässt auch erahnen, wie kurzfristig in dieser Zeit agiert wurde:

<sup>205</sup> Nachdem erste „prophylaktische“ Ausreiseaufforderungen im Januar 1996 per Post versandt wurden, wurde den Flüchtlingen die zweite „richtige“ bei ihrer Duldungsverlängerung ausgehändigt.

<sup>206</sup> Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

<sup>207</sup> Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

Hinsichtlich der genannten [sic] Publikumsversprechen ab Juli des Jahres bitten wir um Mitteilung, ob Duldungen der die erste Rückführungsphase betreffenden bosnischen Staatsangehörigen für sechs Monate zu verlängern sind. Unsere bestehende Weisung 92 geht noch von einer Rückführung dieses Personenkreises ab 01.07.1996 aus (ebd.).

Erst eine Woche vor dem ursprünglichen Rückführungsdatum wurde darüber nachgedacht, was nun geschehen soll, da dieses Datum nicht eingehalten werden kann. Diese kurzfristigen Überlegungen und Regelungen führten erneut zu kurzfristigen Beschlüssen und Weisungen<sup>208</sup>, mit denen es nicht gelang, die Arbeitsabläufe zu entzerren. Um die Duldungsverlängerung ab 1. Juli 1996 überflüssig zu machen, hätten die Bosnierinnen und Bosnier, die damals noch teuren und wenigen Flugplätze (Lufthansa hatte das Flugmonopol für alle Flugverbindungen aus Deutschland nach Bosnien) für ihre Rückkehr buchen müssen, aber selbst deren Kapazität hätte nicht ausgereicht. Es war völlig offensichtlich, dass fast alle bosnischen Flüchtlinge erneut im Juli 1996, als die erste Rückkehrphase beginnen sollte und konnte, wieder auf der Ausländerbehörde vorsprechen mussten. Dass erst eine Woche vor diesem Stichtag darüber nachgedacht wurde, was weiter mit den Bosnierinnen und Bosniern geschehen soll, ob sie noch drei oder sechs Monate eine Duldung erhalten sollen oder nicht und dass die Behörde personelle Unterstützung benötigte, illustriert die Überforderung der Senatsverwaltung für Inneres.

Ab September verschärfte sich der Ton. Bereits zuvor wurden die Bosnierinnen und Bosniern explizit aufgefordert, schnellstens zurückzukehren, doch es gab kein Druckmittel. Am 20.09.1996 gab die Gewerkschaft der Polizei eine Pressemeldung mit der Überschrift „Ohne eine deutliche personelle Verstärkung der Ausländerbehörde im Landeseinwohneramt (LEA) wird es keine kurzfristige Rückführung der bosnischen Kriegsflüchtlinge geben“ heraus.<sup>209</sup> Hintergrund war eine Äußerung des Innensenators Jörg Schönbohm, der zufolge Berlin im Oktober 1996 bereits 1.500 Bosnierinnen und Bosnier abschieben könne, wenn keine Rechtsmittel eingelegt würden. Der Vorsitzende der Polizeigewerkschaft erwiderte darauf, dass die meisten Betroffenen zum einen Rechtsmittel einlegen würden, zum anderen die „Beschäftigten in diesem Bereich [...] schon jetzt völlig überfordert [sind]“ (ebd.). Diese Überlastung der Behörde reduzierte die Möglichkeiten zur Anwendung ihres letzten Zwangsmittels: Einen Aufenthalt durch gewaltsames Entfernen des Ausländers oder der Ausländerin zu beenden. Ohne die Drohung mit einer Abschiebung und einem möglichst hohen Risiko für die Betroffenen, Ziel einer Abschiebung zu werden, waren alle Ankündigungen auf dem Papier weitestgehend nutzlos. Das war auch der Grund, warum das Berliner Verwaltungsgericht den ersten Flüchtlingen Aufenthaltsbefugnisse zusprach. Es gab bis Dezember 1996 keine Abschiebemöglichkeiten nach Bosnien-Herzegowina. Deshalb wurden die meisten Widersprüche gegen einen Duldungsentzug mit einem Antrag auf eine Aufenthaltsbefugnis

<sup>208</sup> Alle Berliner Weisungen wurden im Weisungsorder der Ausländerbehörde zusammengefasst. Dieser war über die Homepage des Berliner Flüchtlingsrates direkt mit dem internen Ordner der Behörde verlinkt und unter <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lab0/auslaenderangelegenheiten/vaabhbln.pdf> [Stand 25.05.2008] abrufbar, weil es für die Beratungsstellen und Rechtsanwältinnen und -anwälte wichtig ist, die neuesten Weisungen zu kennen. Manchmal waren die Unterstützerinnen und Unterstützer von Flüchtlingen besser informiert als die Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter selbst. Hierfür nannte Hohlfeld zwei Beispiele (2008: 129 und 550 f.). Auch Herr Hampel wies mich auf den Weisungsordner auf der Homepage des Flüchtlingsrates hin, um die neueste Weisung einzusehen, die einen Monat vor meinem Gespräch mit ihm erlassen wurde.

<sup>209</sup> Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

verbunden, die erteilt werden sollte, wenn eine Rückkehr nicht in absehbarer Zeit erfolgen kann. Anfang und Mitte 1996 war noch nicht klar, wann die Rückkehr im großen Stil beginnen konnte. Aber absehbar schien für die Verwaltung aufgrund ihrer Überforderung schon lange nichts mehr. Im Dezember wurde eine „Lagebeurteilung für das Sachgebiet IV B 34“ an die Berliner Senatsverwaltung für Inneres übermittelt, in der es hieß:

Aufgrund der durch die Weisungslage entstehenden vermehrten Vorsprachen (PEB, GÜB) kommt es seit einigen Tagen zu regelmäßigen vorzeitigen Einstellungen der Wartenummernvergabe für denselben Tag. Die Wartenummern werden für die folgenden Tage dergestalt vergeben, daß 50 Nummern je Folgetag verteilt werden. Mittlerweile schließt dieses Verfahren den 17.12.1996 ein.

Das Schreiben stammt vom 09.12.1996, das heißt, dass bereits 400 bosnische Familien oder Einzelpersonen ihren Aufenthalt nicht rechtzeitig verlängern konnten. Wartenummern wurden für acht Tage im Voraus ausgegeben, neue Weisungen hatten hingegen weniger als sechs Tage Vorlauf. Dieses Missverhältnis war den Beteiligten bewusst, doch es gab weder mehr Personal, noch wurde eine Entzerrung des Kundenaufkommens durch die Setzung einer längeren Ausreisefrist vorgenommen. Mit dem Beginn der Ausgabe von Grenzübertrittsbescheinigungen (GÜB), die nur eine Gültigkeit von einem Monat hatten – im Gegensatz zur zumeist sechsmonatigen Geltungsdauer der Duldungen –, versechsfachte sich auch die Anzahl der Vorgänge. Die Pässeinzugsbescheinigung (PEB) war ebenfalls nur ein oder zwei Monate gültig und musste danach verlängert werden. Die Behörde drohte unter dieser Belastung zusammenzubrechen (Hohlfeld 2008: 548). Zu dieser Einschätzung kam auch die Ausländerbehörde selbst. So hieß es im besagten Schreiben weiter:

Eine ordnungsgemäße Bedienung des täglich vorsprechenden Publikums ist somit nicht mehr gewährleistet. [...] Vorsorglich wird angemerkt, daß der Bereich Registratur in Kürze nicht mehr in der Lage sein wird, die Fristen zur Übersendung der Vorgänge an das Verwaltungsgericht (4 Wochen) zu wahren. Es gehen, bedingt durch die derzeitige Verwaltungspraxis, in sehr vermehrtem Umfang Anträge auf vorläufigen Rechtsschutz und Klagen ein [...], was zur Rückstandsbildung in der Bearbeitung führt.<sup>210</sup>

Der letzte Satz war eine für eine nachgeordnete Behörde recht offene Kritik an der „derzeitigen Verwaltungspraxis“, die von der Senatsverwaltung für Inneres zu verantworten war. An dieser Stelle wird klar, dass die Ausländerbehörde durchaus divergierende Standpunkte entwickeln konnte. Trotzdem war sie nur ausführendes Organ und musste weiterhin „Weisung 92“, die sich auf die bosnischen Staatsangehörigen mit Flüchtlingsstatus bezog, anwenden und sie monatlich auffordern, auszureisen, selbst dann, wenn vollkommen klar war, dass es zunächst keine Abschiebungen geben würde und deshalb die Ausstellung von Grenzübertrittsbescheinigungen mit einmonatiger Gültigkeit vollkommen kontraproduktiv war. Abschiebungen wurden erst ab Dezember 1996 mit der Unterzeichnung des Rücknahmeabkommens zwischen Bosnien-Herzegowina und der BRD theoretisch möglich; praktisch jedoch hätten Abschiebungen während der bosnischen Wintermonate die Öffentlichkeit empört. Diese politische Einschätzung war sehr wahrscheinlich der ausschlaggebende Grund, warum die Senatsverwaltung für Inneres zwar seit November 1996 Abschiebungen von mindestens zehn Bosnierinnen und Bosniern vorbereitete, sich dann aber eine

---

<sup>210</sup> Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

Woche vor der ersten Abschiebeaktion aus dem mit Bayern zusammen geplanten Projekt zurückzog.<sup>211</sup>

Dass es auf der Ausländerbehörde in diesen Monaten nicht immer ruhig und geordnet zugeht, ist nachvollziehbar. Im Rahmen des letzten zitierten Schreibens vom 09.12.1996 ging es auch um „Vorkommnisse am 9.12.96 im Wartecontainer“. Die Wartenden gerieten in „erhebliche Unruhe“, weil sie keine Wartemarken mehr erhielten. Die anwesenden zwei Wachpolizisten forderten Unterstützung an und die eingetroffenen zehn Beamten kamen nach einer halben Stunde zur Einschätzung, dass es keine „Ausschreitungen“ gab.<sup>212</sup> Sowohl für die Flüchtlinge als auch für die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter war diese Situation belastend und aufreibend. Dies drückte sich auch in einem hohen Krankenstand innerhalb der Ausländerbehörde aus.<sup>213</sup>

Mit dem Beginn der Rückführung der bosnischen Flüchtlinge überwarfen sich zudem die Anweisungen, die die Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien betrafen. Die „Weisung 92“ für Staatsangehörige Bosnien-Herzegowinas wuchs zu Beginn des Jahres 1998 auf 17 Seiten an<sup>214</sup> (Hohlfeld 2008: 343). Die Vielschichtigkeit der Sachlagen und Abläufe überforderte am Ende die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Ausländerbehörde, die nicht nur für Bosnierinnen und Bosnier, sondern alle Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien zuständig waren. Entscheidungen, die gegen die Weisungen verstießen, beschäftigten in der Folgezeit die Gerichte.<sup>215</sup> Selbst der damalige Staatssekretär räumte die Überlastung der Behörde durch die Komplexität der Vorgänge ein (zitiert in Hohlfeld 2008: 511), was im Jahr 2006 durch eine Neuordnung der Behörde nach Aufenthaltszwecken und Herkunftsregionen verbessert wurde.<sup>216</sup>

In der Konsequenz waren in den 1990er Jahren und Anfang der 2000er Jahre unvollständige, unauffindbare und liegengelassene Ausländerakten in Berlin keine Seltenheit. So habe ich Ähnliches persönlich auf dem Berliner Verwaltungsgericht auch noch im Jahr 2003 erlebt, als es um

---

<sup>211</sup> Akte der Senatsverwaltung für Inneres. Die erste Abschiebeaktion aus Bayern (vgl. Fußnote 67, S. 54) wurde in der gesamtdeutschen Öffentlichkeit, international und von der bosnischen Regierung stark kritisiert.

<sup>212</sup> Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

<sup>213</sup> Die Senkung des Krankenstandes wurde in einigen Jahresberichten des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO), dessen Teil die Ausländerbehörde war, geplant und dokumentiert. Die Berichte ab 2001 sind online. Im ersten wurde auf den Krankenstand nicht eingegangen. Im zweiten ist zu lesen: „Die Gesundheitsquote des Amtes entwickelt sich – im Ergebnis eines dreijährigen intensiven Prozesses – in Richtung des Landesdurchschnitts der Verwaltung. Sie liegt jedoch weiterhin unter der angestrebten Zielgröße“ (LABO 2002: 26). Im Folgejahr wurde der Krankenstand nicht thematisiert, um dann 2004 zu vermelden, dass er unter dem Durchschnitt von Behörden mit Kundenverkehr lag (LABO 2004: 24).

<sup>214</sup> Momentan ist die Weisung E.Bos.1., die Nachfolgerin von Weisung 92, auf 16 Seiten geschrumpft, wobei fünf Seiten für die Listen von begutachtenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen verwandt wurden, die im Jahr 1998 noch nicht existierten, dafür aber Mustervignetten, Anträge für Visa, Rückkehrbeihilfen und Beispielbestätigungen verschiedener Institutionen (ABH 2008a: 491 und ältere Weisungen in der Akte der Senatsverwaltung für Inneres).

<sup>215</sup> Im Jahr 2001 war die Ausländerbehörde an 1.203 Verwaltungsstreitverfahren beteiligt (LABO 2001: 17) und 2002 an 3.507 Verfahren (LABO 2002: 22). Ein Großteil dieser Verdreifachung ging auf das Konto von Bosnierinnen und Bosniern, die nach dem Beschluss der Innenministerkonferenz vom November 2000 eine Aufenthaltsbefugnis hätten erhalten müssen, sie aber bis Ende 2002 nicht bekamen und deshalb Gerichtsverfahren anstrebten.

<sup>216</sup> In einem Interview mit der Leiterin der Ausländerbehörde wurde das Problem auch für Studierende und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beschrieben, die ebenfalls nicht spezialisiert betreut wurden (Zens 2005). Ein aktuelles Organigramm der Berliner Ausländerbehörde (leider undatiert) zeigt, dass Staatsangehörige der jugoslawischen Nachfolgestaaten (außer Slowenien) mit denen Albaniens zusammen ein eigenes Referat erhielten (ABH 2008b).

die Anerkennung der Traumatisierung einer Frau mit einer doppelten Staatsangehörigkeit ging, die ich zur Verhandlung begleitet habe. Sie hatte zum Verhandlungszeitpunkt eine Duldung für die Dauer von sechs Monaten, deren Kopie sich jedoch nicht in der Ausländerakte befand, was den Anwalt der Ausländerbehörde sichtlich überraschte. Er schreckte nicht davor zurück, der Frau Dokumentenfälschung zu unterstellen, konnte aber beim Anblick des Papiers keine Unregelmäßigkeiten entdecken. Die ausgestellte Duldung machte die Abschiebungsvorbereitungen, die die Ausländerbehörde ohne Wissen der Frau betrieb, hinfällig. Der Richter entschied für die Bosnierin und gegen die Ausländerbehörde, sodass eine Aufenthaltsbefugnis ausgestellt werden musste. Hohlfelds Aufzählungen ähnlicher Fälle bestätigen, dass solche Szenen leider keine Seltenheit waren (2008: 828). Viele Flüchtlinge erzählten mir von ähnlichen Erlebnissen mit der Ausländerbehörde, weshalb Termine auf der Behörde für viele mit Angst besetzt waren. Für die meisten verbanden sich mit der Berliner Ausländerbehörde Erinnerungen an eine Mischung aus undurchsichtigen Verfahren und diskreditierender Unterstellungen.

Neben dem Missverhältnis von Arbeitsaufkommen und Personaldecke waren es fehlende Daten, die eine gestaffelte Rückkehr, wie sie von der Innenministerkonferenz vorgesehen war, in Berlin scheitern ließen. So waren die Herkunftsregionen und ethnischen Zugehörigkeiten für die Rückkehrstaffelung wichtig, wurden aber nicht im Ausländerzentralregister erhoben (Bundestag 28.03.1996: 20 f.). Mit den mangelhaften Daten fehlten auch für den Beschluss der Innenministerkonferenz vom Januar 1996 verlässliche Umsetzungsplanungen. Es gab nur Informationen zu Familien, kinderlosen Ehepaaren und alleinstehenden Personen. Diese statistischen Angaben wären jedoch *in Verbindung* mit der Herkunftsregion und Volksgruppenzugehörigkeit notwendig gewesen, um ungefähr abschätzen zu können, wann wie viele Bosnierinnen und Bosnier zurückkehren konnten. Berlin konnte auch nicht, wie andere Bundesländer, diese Daten nachträglich erheben, obwohl die Flüchtlinge oft genug persönlich vorsprachen. Der zusätzliche Arbeitsaufwand wurde am Anfang gescheut, später wurde es für unwichtig gehalten, zu wissen, wer woher kommt. Denn mit dem Beginn der zweiten Rückkehrphase im Sommer 1997, sollten sowieso alle Flüchtlinge zurückkehren.

Hier lag ein wichtiger Streitpunkt zwischen Unterstützerinnen und Unterstützern der Flüchtlinge und der Innenverwaltung, der meines Wissens nie konkret erörtert wurde. Innerhalb der ersten Phase sollten Alleinstehenden und Paare ohne Kinder zurückkehren gefolgt von Familien mit Kindern. In der zweiten Phase sollten dann Alte, Kranke, Kriegsdienstverweigerer nach einer Amnestie und Zeugen vor dem Internationalen Gerichtshof in den Haag folgen (vgl. IMK 1996). Während viele Unterstützerinnen und Unterstützer – und auch Flüchtlinge – weiterhin davon ausgingen, dass es zwei Phasen gäbe, war die Innenverwaltung der Meinung, dass ab Sommer 1997 *alle* zurückkehren müssten. Ursprünglich sollte bis dahin die erste Phase abgeschlossen sein. Das war ohnehin schon ein sehr optimistischer Plan, aber durch die anfängliche Verzögerung der freiwilligen Rückkehr war er illusorisch geworden. Die Staffelung wurde in Berlin im Grunde aufgegeben, weil die erste Phase gleichzeitig mit der zweiten begann. Deshalb schien das Handeln der Verwaltung den Betroffenen unlogisch, denn zum Beispiel wurden nun Familien vor alleinstehenden Personen ausgewiesen.

Das indifferente Vorgehen der Behörde und die pauschale Ausweisung aller Bosnierinnen und Bosnier werden auch im folgenden Beispiel offensichtlich:

Wie allen bosnischen Flüchtlingen wurde im Februar 1997 auch dem Leiter der Berliner Außenstelle der bosnischen Botschaft, dem Diplomaten Mirza Husić (und mehreren seiner MitarbeiterInnen), die Abschiebung angedroht [...] Während die Ausländerbeauftragte John (CDU) den überaus peinlichen Vorfall mit einer ‚Namensverwechslung‘ zu erklären versuchte, unterstrichen die Entschuldigungsversuche der Berliner Innenverwaltung unfreiwillig die über den Einzelfall hinausgehende allgemeine Bedeutung des Vorfalls: Aus den Unterlagen sei nicht hervorgegangen, dass es sich bei dem Mann, dem die Abschiebung angedroht wurde, um einen Diplomaten handelte, ließ die Innenverwaltung verlautbaren – und bestätigte hierdurch indirekt, dass die ihr unterstellte Ausländerbehörde in keiner Weise sorgfältig oder einzelfallbezogen vorging (Hohlfeld 2008: 476).

Für diesen Fauxpas waren die räumliche Zersplitterung der einzelnen zuständigen Stellen, die mehrmaligen Umzüge der Behörde, die Vielzahl der Weisungen, die immer wieder und kurzfristig verändert wurden, die stichtagsgebundenen Zeiträume, für die die Duldungen erteilt wurden, die dünne Personaldecke, die Behördenstrukturierung nach Anfangsbuchstaben des Nachnamens (die unterschiedlich häufig vorkommen und häufige Neuordnungen der Zuständigkeiten erforderten) und mit der Rückführung der Flüchtlinge auch der unspezifische, aber hohe Druck, Berlin zu verlassen, verantwortlich. So passierte auch nach dem zweiten Brief mit einer Ausreiseaufforderung und Abschiebungsandrohung für die meisten Bosnierinnen und Bosnier wieder nichts. Ab März 1997 wurden vereinzelt abgeschoben, darunter auch solche, die Arbeit und Wohnung hatten (Hohlfeld 2008: 550). Drei Monate später, im Juni 1997, fand die erste und einzige große Abschiebungsaktion aus Berlin statt, begleitet von vielen Pannen und großer Kritik seitens der Öffentlichkeit und der Opposition (Hohlfeld 2008: 565).

Mit ihrem indifferenten Vorgehen schafften die Senatsverwaltung für Inneres und die Ausländerbehörde Angriffsflächen für die Unterstützerinnen und Unterstützer der Flüchtlinge. Die erste Einladung des Bischofs der Berlin-Brandenburgischen Evangelischen Landeskirche an den Runden Tisch trug in der Senatsverwaltung für Inneres den handschriftlichen Vermerk „Nein. Ich habe keine Zeit“. Zusätzlich war die Passage, in dem der Zweck der Zusammenkunft als „Lösungsfindung, die nur gemeinsam mit nicht-staatlichen Stellen möglich ist“, beschrieben wurde, unterstrichen und mit einem Fragezeichen kommentiert. Das verdeutlicht, dass sich die Senatsverwaltung für Inneres in der alleinigen Zuständigkeit sah und Kooperationen mit Nichtregierungsorganisationen (zunächst) nicht für notwendig hielt. Den folgenden Einladungen wurde mit dem Hinweis auf Personalmangel nicht gefolgt, bis sich Kritik aus dem Parlament regte und sich der Runde Tisch auch an die Ständige Innenministerkonferenz wandte, sodass sich am Ende die Innenverwaltung an den Gesprächen doch beteiligte.<sup>217</sup>

Bereits früh forderten die Initiatorinnen und Initiatoren des Runden Tisches einen Dialog und warnten die Innenverwaltung davor, mit übereilten Ausreiseaufforderungen und Abschiebungsandrohungen Panik zu verbreiten, da dies kontraproduktiv wäre. Aber auch nachdem

---

<sup>217</sup> Das genaue Datum für den Beginn der Beteiligung der Berliner Senatsverwaltung für Inneres konnte ich nicht recherchieren. Ich fand keine weiteren Einladungen an den Runden Tisch aus dem Jahr 1996 und Anfang 1997. Die folgenden Jahrgänge sichtete ich nicht vollständig. 2000 hieß es, ein Mitarbeiter der Senatsverwaltung für Inneres nehme regelmäßig an den Treffen teil (Akte der Senatsverwaltung für Inneres)(vgl. Fußnote 17, S. 18).



ein Dialog begonnen wurde, waren es vor allem Machtdemonstrationen, mit denen die Ausländerbehörde und die Senatsverwaltung für Inneres versuchten, die Rückkehr der Flüchtlinge zu beschleunigen. Sie waren davon überzeugt, dass nur auf diese Art ihre Ausreise erzwungen würde, da der Sozialhilfebezug das Bleiben für die Flüchtlinge zu attraktiv mache. So erklärt sich auch die Berliner Initiative zur Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes, mit dem die Leistungen für Flüchtlinge unter Umständen vollständig eingestellt, aber zumindest um 30 Prozent gemindert werden konnten, wie im Abschnitt zur Sozialhilfe (S. 60) beschrieben wurde. Doch mit den Restriktionen erreichte die Innenverwaltung vor allem, dass die Flüchtlinge zunehmend einfach abwarteten, was mit ihnen geschehen würde, sich an Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte wandten, klagten und weiter abwarteten, da auch das Verwaltungsgericht überlastet war und sich nur langsam durch die Fälle arbeitete. Dieses Abwarten wurde unterstützt durch Psychopharmaka und Psychotherapien, in denen sie sich mit anderen Flüchtlingen über ihre Erfahrungen mit den Behörden und Ämtern austauschten. Genau diese Taktik (Certeau 1988) überforderte wiederum die Behörde, denn alle Flüchtlinge abzuschieben war kapazitätstechnisch nicht möglich. Hohlfeld merkt an, dass Berlin dafür 100 Jahre gebraucht hätte, wenn es in der Geschwindigkeit<sup>218</sup> Abschiebungen fortgesetzt hätte, wie bis dahin (Hohlfeld 2008: 126).

Nach Kriegsende in Bosnien 1995 gab es auf Verwaltungsebene selten einfühlsame Auseinandersetzungen mit der Situation der Flüchtlinge, die eine geordnete Rückkehr ermöglicht hätten oder effektive Rückkehrprogramme entstehen lassen. Frau Professor John erinnerte sich im Gespräch, dass ihr Vorschlag, jeder Flüchtlingsfamilie 10.000 DM für die Rückkehr zu geben, auf Ablehnung stieß, weil dies zu teuer für Berlin würde (vgl. auch Hohlfeld 2008: 139). Dieses Geld hätte vielen einen Start in Bosnien ermöglicht. Doch ein solches Programm war vor dem Hintergrund des ständigen Sparzwangs in der Öffentlichkeit nicht vertretbar gewesen. Auch in der Akte der Senatsverwaltung für Inneres finden sich Briefe empörter Bürgerinnen und Bürger, die eine schnelle(re) Rückkehr und Abschiebungen der Flüchtlinge forderten, weil ihre jugoslawischen Nachbarn laut wären oder es den Bosnierinnen und Bosniern mit der Sozialhilfe besser ginge, als den Deutschen. Am Ende fielen die Kosten für Berlin höher aus, weil die Bosnierinnen und Bosnier nicht so schnell zurückkehrten, wie es von ihnen erwartet wurde. Neben den höheren Kosten für den Berliner Haushalt, aus dem Wohnheimunterbringung, Transferleistungen und Prozesskostenhilfe finanziert wurden, war das Vorgehen für die Flüchtlinge erniedrigend, wie meine Ausführungen zu den Lebenswelten zeigten. Für einige endete diese Zeit in einer bleibenden antizipierten Psychotherapiebedürftigkeit und Tablettenabhängigkeit. Die Behandlung konkreter Diskriminierungserfahrungen, die aus einer kurzsichtigen Verwaltungspraxis resultierte, die ihrerseits aus dem Berliner Sparzwang hervorging, wurde so ins Gesundheitssystem verlagert.

---

<sup>218</sup> Im Vergleich zu anderen Bundesländern hat Berlin eher wenige Flüchtlinge abgeschoben, was zum einen an den Zuständen in der Ausländerbehörde lag und den Unterstützenden, die daran gewöhnt waren, schnell zu intervenieren, wenn Flüchtlinge inhaftiert wurden, und in der Regel auch erfolgreich waren, da der Ausländerbehörde regelmäßig Verfahrensfehler unterliefen. Auch Verwaltungsrichterinnen und -richter waren zum Teil schon darauf eingestellt, schnell reagieren zu müssen. Insbesondere die 35. Kammer, die früher nur Fälle aus dem ehemaligen Jugoslawien bearbeitete, und ihr vorsitzender Richter waren für schnelle Interventionen bekannt und offene Kritiker der Ausländerbehörde und der Senatsverwaltung für Inneres (Hohlfeld 2008: 809 ff.). Im Ergebnis war die Rückkehrpolitik Berlins im Bundesvergleich ineffektiv (Hohlfeld 2008: 336).

Während viele Flüchtlinge, die aus Gebieten stammten, in denen sie die Mehrheit stellten, freiwillig und eigenständig ausreisten, blieb der Großteil derjenigen, die in ihren Heimatorten einer Minderheit angehörten, trotz Ausreiseaufforderung weiterhin in Deutschland. Für diese Minderheiten gab es bezeichnenderweise keine konkreten Regelungen in den Rückführungsplänen der Innenministerkonferenz. Auch Herr Hampel bestätigte mir in einem Telefonat, dass bosniakische Flüchtlinge aus der serbischen Teilrepublik nicht per Weisung länger geduldet worden seien. Das lag auch an den fehlenden Daten. Dennoch gab es den Grundsatz, Bosnien nicht weiter zu destabilisieren. Die Flüchtlinge konnten nicht generell zurückkehren, sondern nur bestimmte Gruppen in einzelne Regionen, um die Konflikte nicht wieder aufflammen zu lassen. Die Föderation galt weitestgehend als sicher und rückkehrgeeignet, die serbische Teilrepublik war dies nur für Serbinnen und Serben. Obwohl es keine explizite Regelung gab, wurde darauf geachtet, wer woher kam. Die Minderheiten kehrten ohnehin am zögerlichsten zurück und oftmals nicht, wie es eigentlich laut Daytoner Friedensvertrag möglich sein sollte, in ihre Heimatorte, sondern in Gebiete, wo ihre Volksgruppe die Mehrheit stellt und damit auch die Lokalpolitik bestimmte.

## **5.2 Die Traumatisierten**

Im Zuge der Rückführung wurde auch die Geltendmachung einer Traumatisierung oder anderer Krankheiten wichtig. Allerdings erhielt nur die Posttraumatische Belastungsstörung besondere Aufmerksamkeit von Behörden Seite. Weitere körperliche und psychische Krankheiten waren zwar ebenso ein Abschiebungshindernis, wurden jedoch selten anerkannt und rechtfertigten am Ende kein Bleiberecht. Die Traumatisierung war bereits im Beschluss der Ständigen Innenministerkonferenz vom Januar 1996 erstes Kriterium für einen Rückkehraufschub. Als Stichtag des Behandlungsbeginns galt der 16.12.1995 und „traumatisiert“ war noch nicht weiter definiert und auf die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung eingengt. Am 6. März 1996 wandte sich die Berliner Senatsverwaltung für Inneres an die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, um in Erfahrung zu bringen, was unter „traumatisiert“ verstanden werden müsse. Die Anfrage lautete:

Was ist konkret unter dem Begriff „traumatisiert“ zu verstehen; für welchen Sachverhalt steht er?

Rechtfertigt der beschriebene Zustand in jedem Fall den – in der Regel aus öffentlichen Mitteln finanzierten – weiteren Aufenthalt in Deutschland. Wenn nicht, gibt es eine beschreibbare Abgrenzung?

Fachleute welcher Fachdisziplin sind kompetent, den beschriebenen Zustand im Einzelfall zu bestätigen?

Welche inhaltlichen Anforderungen könnten an eine solche Bestätigung gestellt werden, um der Ausländerbehörde eine sachliche Ausnahmeentscheidung zu ermöglichen?<sup>219</sup>

Hintergrund dieser Anfrage war die anstehende Sitzung des Ausländerausschusses der Innenministerkonferenz am 13. März 1996 und die Erarbeitung eines Mustererlasses für alle Bundesländer, um eine möglichst einheitliche Rückführungspolitik zu entwickeln. Es standen nur sieben Tage Vorbereitungszeit zur Verfügung. Berlin war zuständig für den TOP 6 „Traumatisierte“

---

<sup>219</sup> Schreiben der Senatsverwaltung für Inneres an die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales vom 06.03.1996. Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

auf der Tagesordnung der Arbeitsgruppe „Rückführung“, die am 27. und 28. März 1996 den Mustererlass erarbeitete.<sup>220</sup> In diesen Mustererlass ging die Antwort der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ein und auch eine parlamentarische Anhörung, die sich auf eine schriftliche Darstellung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Bosnierinnen und Bosniern bezog. Letztere stammte aus dem BZFO, wies auf fehlende Therapieplätze hin und forderte deshalb trotz der Stichtagsregelung im Sinne der Traumatisierten zu entscheiden. In der Folge gingen zwei Definitionen in den Mustererlass ein, die den zu begünstigenden Personenkreis beschreiben sollten. Demnach waren

Traumatisierte Personen [...], die

a) deswegen mindestens seit dem 16. Dezember 1995 in ständiger (fach)ärztlicher Behandlung stehen

oder

b) durch Attest eines

- niedergelassenen Facharztes,

- Psychologen/Psychotherapeuten,

- Krankenhauses,

- sozialpsychiatrischen Dienstes,

- Behandlungszentrums für Folteropfer

- oder einer speziell benannten Einrichtung zur Beratung oder Unterbringung von traumatisierten Personen nachweisen, daß sie infolge einer näher beschriebenen *posttraumatischen Belastungsstörung* psychisch oder physisch in einem Zustand sind, der die Rückreise oder die selbstbestimmte Reintegration in die Lebensverhältnisse des Heimatlandes zur Zeit ausschließt,

(längstens bis zum Abschluß einer – ggf. unverzüglich aufzunehmenden – Behandlung) [Kursives, A. W.].<sup>221</sup>

In der Vagheit dieses Papiers waren bereits Diskussionen und Aushandlungsprozesse zwischen den Behandelnden und der Innenverwaltung angelegt, auf die ich im folgenden Kapitel genauer eingehen werde. Um als traumatisiert im Sinne des Mustererlasses zu gelten, wurden zwei Gruppen unter a) und b) unterschieden: Entweder war jemand spätestens seit dem Stichtag wegen Traumatisierung in (fach-)ärztlicher Behandlung, wobei sich der (Fach-)Arzt nicht auf die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung beziehen musste, oder jemand konnte ein Attest mit der Diagnose vorweisen und begann sofort, d. h. auch nach dem Stichtag, mit einer Behandlung. Die zweite Möglichkeit öffnete die Definition und untergrub die Stichtagsregelung, die den Kreis der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer dieser Klausel begrenzen wollte.

Der Berliner Runde Tisch argumentierte im April 1996 in einem Schreiben an die Innenministerkonferenz nochmals, dass es verkehrt sei, nur solchen Traumatisierten einen Aufschub zu geben, die schon während des Krieges eine Traumatisierung geltend gemacht und eine Therapie begonnen hätten.<sup>222</sup> Es gebe nur wenige Therapieplätze und die Betroffenen müssten zunächst zur Ruhe kommen, um dann später mit einer Therapie zu beginnen. Diese Argumentation setzte sich in

<sup>220</sup> Tagesordnung für die Sitzung des [sic] Arbeitsgruppe „Rückführung“ am 27./28. März 1996 in Düsseldorf. Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

<sup>221</sup> Schreiben der Senatsverwaltung für Inneres vom 22.03.1996 an die Innenminister und -senatoren der Länder, Bundesministerium des Innern und das Auswärtige Amt. Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

<sup>222</sup> Brief des Bischofs der Evangelischen Kirche in Berlin-Brandenburg an den Vorsitzenden der Innenministerkonferenz, Senator Hartmuth Wrocklage (Hamburg) vom 25. April 1996, Anlage Punkt 5.

Berlin am Ende durch. Die Stichtagregelung wurde 10 Jahre später gänzlich fallengelassen und Herr Hampel beschrieb dies als „Kehrtwende“ der Innenverwaltung im Hinblick auf die Traumatisierten. Der Ausländerbehörde war von Anfang an klar, dass die Zahlen der Traumatisierten mit der Regelung steigen würden. So hieß es in einem Gesprächsprotokoll vom 13. August 1996, in dem das Vorgehen bei der Anerkennung der Attestierungen zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und der Abteilung der Ausländerbehörde für die Bürgerkriegsflüchtlinge (IV B 34) besprochen wurde:

Hinsichtlich der zu erwartenden Fallzahl traumatisierter Personen liegen dem Landeseinwohneramt keine Anhaltspunkte vor. Bisher bestand wegen der verlängerten Duldungsfristen für die Betroffenen noch keine Notwendigkeit, sich im Rahmen von Anfechtungswidersprüchen auf Traumatisierung zu beziehen. Traumatisierung als Rückführungshindernis spielte nach Angaben des LEA bisher kaum eine Rolle. Es wird mit einem Ansteigen der Fallzahlen gerechnet, sobald keine Duldungen mehr ausgesprochen werden. [...] etwa im Februar/März 1997 [...].<sup>223</sup>

Diese Einschätzung war realistisch. Tatsächlich wurden ab 1997 vermehrt Therapiegruppen gegründet und die mit Attesten geltend gemachten Traumatisierungen häufiger. Im weiteren Verlauf des oben protokollierten Gesprächs wurde festgelegt, dass die Atteste von den Ausstellenden verschlossen direkt an die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, also das Landesgesundheitsamt, geschickt werden sollten. Zwar sah die Ausländerbehörde kein Problem darin, dass sie die Atteste direkt annähmen. „Seitens der SenGesSoz [Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, A. W.] wurde jedoch darauf hingewiesen, daß gerade in bezug auf die sensiblen Daten bei psychischen Erkrankungen ein besonderer Datenschutz gewährleistet sein müsse. Ferner wird massive öffentliche Kritik befürchtet [...]“ (ebd.). Beim Ausarbeiten eines Verwaltungsablaufs für die Geltendmachung einer Traumatisierung wurde die antizipierte öffentliche Meinung berücksichtigt. Unberücksichtigt blieb die Realität auf der Ausländerbehörde, die seit Juli 1996 mit der beginnenden Rückkehr, wie dargestellt, einen sehr komplexen Arbeitsalltag zu bewältigen hatte.

Laut Protokoll wurde weiterhin vereinbart, dass die Betroffenen ein zweisprachiges Merkblatt erhalten sollten, in dem der Ablauf erklärt würde – dies allerdings erst nach Geltendmachung einer Traumatisierung „zur Vermeidung von Mißbrauchsfällen“. Zudem sollten die Ärztinnen und Ärzte durch die Ärztekammer über das Vorgehen informiert werden und das Landesgesundheitsamt Eingangsbestätigungen an die Ausländerbehörde schicken, da bei „entsprechenden Fallzahlen mit einer langen Bearbeitungsdauer zu rechnen“ wäre. Dieses Verfahren wurde nur ein Jahr lang genutzt. Danach wurde die Psychiaterin des Landesgesundheitsamtes, die die Stellungnahmen formal prüfte, pensioniert (Abgeordnetenhaus Berlin 20.05.1998).

In der Praxis dürfte die direkte Verschickung von Attesten durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte an das Gesundheitsamt eher die Ausnahme gewesen sein. Da die Stellungnahmen von Bosnierinnen und Bosnier bei ihren behandelnden Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen oftmals erst nach Hinweisen ihrer Rechtsanwältinnen bzw. Rechtsanwälte angefragt wurden (vgl. Zitat von Frau Nuhanović auf S. 71), erhielten sie diese auch ausgehändigt und trugen sie auf die Ausländerbehörde oder die Rechtsanwältin bzw. der Rechtsanwalt reichte sie bei dieser

<sup>223</sup> Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

ein. Die Behörde vermerkte die Attestierung in den Akten und leitete sie ans Landesgesundheitsamt zur Prüfung weiter. Allein das Behandlungszentrum für Folteropfer schickte seine Atteste direkt zum Landesgesundheitsamt zur formellen Begutachtung (Hohlfeld 2008: 393). Solange es dieses Vorgehen gab, funktionierte die Anerkennung von Traumatisierungen. Erst mit der später notwendigen erneuten Begutachtung der Flüchtlinge beim Polizeiärztlichen Dienst eskalierte die Situation zwischen den Therapierenden und der regulierenden Senatsverwaltung für Inneres. Darauf gehe ich im nächsten Kapitel genauer ein.

Neben der Diagnose war die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung von Bedeutung. Deshalb wurden im auf S. 182 zitierten ersten Mustererlass zwei Gruppen unterschieden: jene, die a) schon in Therapie waren und jene, die b) eine Therapie brauchten. Die unter Punkt a) genannten Flüchtlinge sollten ihre Therapie abschließen können, die unter Punkt b) genannten sollten umgehend mit einer Behandlung beginnen, da von fehlenden Behandlungsmöglichkeiten in Bosnien ausgegangen wurde. Von den Psy-Vertreterinnen und Vertretern wurde immer die Bedeutung der Psychotherapie unterstrichen, obwohl anfänglich eine „(fach)ärztliche Behandlung“<sup>224</sup> als ausreichend galt. Psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten existierten in Bosnien, offizielle Stellen bestätigten aber, dass es nicht genügend Therapeutinnen und Therapeuten gab, um alle Traumatisierten psychotherapeutisch zu versorgen. Auch die Reisen Berliner Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen nach Bosnien und der Fachaustausch, der, wie beschrieben, vor allem Weiterbildungscharakter für die bosnischen Kolleginnen und Kollegen hatte, sind vor diesem Hintergrund zu sehen. So reisten mehrere Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2000 im Rahmen eines Fachaustausches nach Bosnien-Herzegowina (Fachaustausch 2000) und 2004 nach Serbien (Kosova und Sandžak) (BZFO 2004: 7), um sich ein Bild von der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung vor Ort zu machen. Im Gespräch mit mir meinte Herr Hampel, dass die Senatsverwaltung für Inneres immer noch auf eine Veröffentlichung der Ergebnisse der letzten Reise warte. Er gehe davon aus, dass Behandlungsmöglichkeiten vorgefunden und deshalb kein Bericht geschrieben wurde. Ein Report, der einräumte, dass es punktuell Behandlungsmöglichkeiten gäbe, hätte die Rechtfertigung eines Aufenthalts wegen mangelnder Behandlungsplätze geschwächt. Nur über die Bosnien-Reise gab es einen Bericht (Michels-Vermeulen 2000) und der wurde argumentativ für die Flüchtlinge eingesetzt. War ein solcher Einsatz nicht möglich, wurde gar nicht erst ein Bericht verfasst; diesen Eindruck gewann die Berliner Senatsverwaltung für Inneres.

Zusammengefasst ist festzustellen, dass die bosnischen Flüchtlinge für die Berliner Innenverwaltung in zweierlei Hinsicht eine Herausforderung darstellten: zum einen mit ihrer Aufnahme, d. h. Unterbringung und Finanzierung des Lebensunterhalts in den Kriegsjahren, und zum anderen mit ihrer Rückführung, die gestaffelt nach Prioritäten in zwei Phasen verlaufen sollte.

---

<sup>224</sup> Auch wenn nicht explizit psychiatrische Fachärztinnen und -ärzte genannt wurden, so waren doch Neuropsychiaterinnen und -psychiater, Ärztinnen und Ärzte für Nervenheilkunde und Psychiaterinnen und Psychiater gemeint. Wörtlich genommen wäre jedoch jede niedergelassene Fachärztin bzw. jeder niedergelassene Facharzt, auch beispielsweise Internistinnen und Internisten, gemäß des Mustererlassvorschlags zur Attestierung befähigt. Ich danke A.-K. Zöckler für den Hinweis. Genau genommen waren in der zitierten Formulierung Ärztinnen und Ärzte generell dazu befähigt, Traumatisierungen zu behandeln, da „(fach)ärztlich“ in Klammern gesetzt wurde.

Beide Herausforderungen wurden nur teilweise bewältigt. In beiden Bereichen gewannen Attestierungen und die Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung an Gewicht. Traumatisierung wurde als neues gesellschaftliches Phänomen in den 1990er Jahren in Deutschland bekannter und ihre Operationalisierung in der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung war offensichtlich so logisch und überzeugend, dass sie ohne Hinterfragen eingesetzt wurde, um Ressourcen für Flüchtlinge zu mobilisieren.

Psy-Vertreterinnen und -Vertreter erhielten als Diagnostizierende und als Expertinnen und Experten die Aufgabe und die Zuständigkeit zugewiesen, sich um die Traumatisierten zu kümmern. Ihrem Kompetenzzuwachs stand ein Kompetenzverlust auf Verwaltungsseite gegenüber, der nicht ohne Weiteres hingenommen wurde. Die Ausländerbehörde war ihrem Auftrag nach für die Regulierung und Verwaltung der ausländischen Bevölkerung im Stadtgebiet zuständig. In den 1990er Jahren und dem Beginn der 2000er Jahre war dieser Auftrag von einer Abwehrhaltung geprägt, insbesondere den Flüchtlingen gegenüber.

Mit dem neuen Zuwanderungsgesetz und einer Umstrukturierung der Behörde, die 2003 begann (LABO 2004: 22), hat sich diese Haltung ein Stück weit gewandelt. 2008 begrüßt die Ausländerbehörde die Besucher ihrer Internetseite mit den Worten „Willkommen – Bienvenue – Welcome – Hoş geldiniz – Добро пожаловать – ...“ (ABH 2008c), die Vereinbarung von verbindlichen Terminen war möglich, die ehemaligen Flüchtlinge wurden angeschrieben und erinnert, welche Dokumente bei der nächsten Vorsprache mitzubringen sind. Doch dieser behördliche Klimawandel vollzog sich zu einer Zeit, da sich die Aufenthaltsstreitsachen der bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge erledigt hatten; mit den Worten von Herrn Hampel: „Das mit den Bosniern war ja vor Ewigkeiten.“

## 6 Interaktionen und Folgen

Die bereits angeschnittenen Verhandlungen um einen Aufenthalt zwischen Psy-Vertreterinnen und -Vertretern und der Berliner Senatsverwaltung für Inneres interessieren mich im nächsten Kapitel. Trotz der unterschiedlichen Motivationen der beiden Verhandlungsseiten gelang es ihnen am Ende, eine Arbeitsgrundlage zu finden, um den Preis der Selbstregulation bei den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern und den Verlust von Entscheidungsmacht aufseiten der Verwaltung.

### **6.1 Übersetzungen: Die Diagnose in der (psycho-)therapeutischen Flüchtlingsarbeit und Verwaltung**

Um zu beschreiben, wie zwischen den behandelnden Psychiaterinnen, Psychiatern, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und der Verwaltung ein Arbeitskonsens gefunden wurde, verwende ich die Metapher der Übersetzung. Dabei orientiere ich mich an Susan Leigh Stars und James R. Griesemers Konzept des *boundary objects*, für das eine Vielzahl von Übersetzungen notwendig sind, um es als Arbeitskonsens zwischen zwei separaten sozialen Welten funktionieren zu lassen. Star und Griesemer bauten ihre Überlegungen auf theoretische Vorarbeiten von Michel Callon, Bruno Latour und John Law zur Akteur-Netzwerk-Theorie auf. Callon, Latour und Law lokalisieren Übersetzungen, *intersements* und obligatorische Passagepunkte in Aushandlungen zwischen Akteuren, auf deren Weg zu einem kooperierenden Netzwerk (Star/Griesemer 1989). Als zentrales Ziel eines solchen Netzwerkes sahen Star und Griesemer die Schaffung von Kohärenz zwischen den Akteuren bzw. im Finden eines *boundary objects*, das diese Kohärenz gewährleistet. Für analytische Zwecke unterschieden sie vier Typen von *boundary objects*: „repositories“, „ideal type“, „coincident boundaries“ und „standardized forms“ (ebd. 410 f.). Diese vier unterschiedlichen Dimensionen von *boundary objects* lassen sich alle in der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung und um ihre Anwendung herum lokalisieren. Die dargestellte Diagnosekategorie selbst ist ein „ideal type“ „which in fact does not describe the details of any one locality or thing. It is abstracted from all domains, and may be fairly vague“ (ebd. 410). Diese Vagheit der Diagnosekategorie habe ich ausführlich im zweiten Kapitel beschrieben und auf ihre Auswirkungen dieser Diffusität in der Praxis mehrmals hingewiesen (vgl. S. 124 und Kap. 4.3 ab S. 153).

„Standardized forms“ lassen sich zum einen in der klinischen Diagnostik finden, die anhand von Fragebögen bzw. „Instrumenten“ erfolgt (vgl. S. 156). Zum anderen hat im Berliner Kontext – und mit bundesweiter Auswirkung – mit der Definition von Mindestanforderungen an psychologische/psychiatrische Stellungnahmen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren eine neue Standardisierung stattgefunden.

Daneben gibt es „repositories“. „These are ordered 'piles' of objects which are indexed in a standardized fashion. Repositories are built to deal with problems of heterogeneity caused by differences in unit[s] of analysis“ (ebd. 410). Solche „repositories“ lassen sich zum Beispiel in Daten(-banken) lokalisieren, in denen die Antworten auf standardisierte Fragen der Interviewpartnerinnen und -partner gespeichert werden. Sie stehen somit für spätere „Metaanalysen“ zur Verfügung, in denen mehrere ähnliche Stichproben zusammengefügt und

ausgewertet werden, ohne ihre Herkunft und Entstehung weiter zu berücksichtigen. Ein Ergebnis solch einer Metaanalyse kann auch die Feststellung sein, dass die vorhandenen Daten dem Diagnosekonzept eher widersprechen als es unterstützen (vgl. S. 50).

„Coincident boundaries“ „[...] are common objects which have the same boundaries but different internal contents. [...] The result is that work in different sites and with different perspectives can be conducted autonomously while cooperating parties share a common referent“ (ebd. 410 f.). Solche „coincident boundaries“ lassen sich im vorliegenden Kontext mindestens gleich zweimal finden: Innerhalb von Forschungen zur Posttraumatischen Belastungsstörung, die zwar von unterschiedlichen Akteuren und Professionen geleistet wird, sich aber dennoch immer auf die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ und ihre Begleitsymptome bezieht. Gleichzeitig lassen sich „coincident boundaries“ zwischen den verschiedenen sozialen Welten der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter, Berliner Innenverwaltung und den bosnischen Flüchtlingen finden. Sie alle arbeiteten mit dem umgangssprachlichen Konzept „Traumatisierung“, auch wenn sie darunter recht unterschiedliche Dinge verstanden.

Im Rahmen aller vier Formen oder Ausprägungen von *boundary objects* sind Übersetzungen notwendig und möglich, um gemeinsame Handlungen zu bewerkstelligen. Star und Griesemer machten darauf aufmerksam, dass es eine Vielzahl von Übersetzungen gibt, welche die Aushandlungsprozesse begleiten und auch nicht nur einen obligatorischen Passagepunkt, wie ihn die Akteur-Netzwerk-Theorie formuliert, sondern parallel mehrere Passagepunkte, die miteinander konkurrieren und unendlich viele Übersetzungen ermöglichen.

Translation here is indeterminate, in a way analogous to Quine's philosophical dictum about language. That is, there is an indefinite number of ways entrepreneurs from each cooperating social world may make their own work an obligatory point of passage for the whole network of participants. There is, therefore, an indeterminate number of coherent sets of translations. [...] Once the process has established an obligatory point of passage, the job then becomes to defend it against other translations threatening to displace it (Star/Griesemer 1989: 390 f.).

Ein obligatorischer Passagepunkt wie ihn Callon, Latour und Law beschrieben, ist somit keine Voraussetzung für eine Zusammenarbeit. Sollte einer etabliert werden, steht er in Konkurrenz zu alternativen Passagepunkten, die von anderen Akteuren definiert und kontrolliert werden. Im vorliegenden Fall gelang es den Vertreterinnen und Vertretern der Psy-Disziplinen, ihre Atteste als obligatorischen Passagepunkt zu etablieren. Ohne die Stellungnahmen der Psy-Spezialistinnen und -Spezialisten konnte keine Traumatisierung festgestellt werden und gleichzeitig konnte sich die Ausländerbehörde auch nicht über ihre Expertise hinwegsetzen.

Im Folgenden geht es mir jedoch nicht so sehr um das Lokalisieren von Passagepunkten in den Aushandlungen um ein Aufenthaltsrecht für Traumatisierte, sondern vielmehr um eine Beschreibung der erfolgten Übersetzungen in der Auslotung von „coincident boundaries“ und der Entwicklung von „standardized forms“. Denn es wurde keine neue und gemeinsame Sprache gefunden, in der miteinander kommuniziert wurde, wie es Galison in seiner Fallstudie des ersten Radarlabors in den USA beschrieb und was für ihn die Grundlage bildete, das Konzept von „trading zones“ zu etablieren (Galison 1999). Es war aber kein Austausch und kein Gewinn für beide Seiten aus der Kooperation in der vorliegenden Situation, sondern eher eine Konkurrenz, die sich



zugunsten der Psy-Vertreterinnen und Vertreter entschied. Trotzdem musste von der Senatsverwaltung für Inneres und Psy-Expertinnen und -Experten ein Arbeitskonsens gefunden werden und dieser wurde durch eine Vielzahl von Übersetzungen erreicht, die ich detaillierter betrachte. Im ersten Abschnitt konzentriere ich mich auf die Übersetzungen, die von den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern ausgingen und an die Berliner Senatsverwaltung für Inneres, gerichtet waren. Im zweiten Abschnitt untersuche ich Übersetzungen, die sich an die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter richteten.

### **6.1.1 Übersetzung eins – von den Psy-Vertreterinnen und Vertretern zur Senatsverwaltung für Inneres**

„Traumatisierung“ war ein umgangssprachliches Wort, das diagnostisch betrachtet in viele Kategorien fallen konnte: akute und chronische Posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Depressionen, Zwangsstörungen und auch über die Auslösung von psychotischen Störungen wurde im Zusammenhang mit traumatischen Reaktionen diskutiert. Zum „Zauberwort“ wurde jedoch „Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10, F 43.1“. Diese Formel musste von Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, die in der Arbeit mit Asylbewerberinnen und Asylbewerbern sowie mit Flüchtlingen geübt waren, niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen beigebracht werden. Hierfür wurden Weiterbildungen genutzt, die mit dem Curriculum nach der Standardisierung des Verfahrens auch vereinheitlicht wurden. Die Diagnose musste aber auch von der Senatsverwaltung für Inneres und der ihr unterstehenden Ausländerbehörde verstanden werden.

Das bedeutete, dass den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern dieses medizinische Vokabular vermittelt werden musste. Eingangs waren sie über die Begutachtungen beim Landesgesundheitsamt und später beim Polizeiärztlichen Dienst davon entlastet, selbst die Attestierungen zu beurteilen. Doch ab 2001 waren die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter angehalten, zu überprüfen, ob ein Attest „aussagefähig“ war und ob es durch einen „Facharzt für Neurologie/Psychiatrie oder ärztliche[n] oder psychologische[n] Psychotherapeut[en]/Psychoanalytiker“<sup>225</sup> ausgestellt wurde. Diese Anweisung war entweder nicht klar genug oder die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter verfügten nicht über genügend Beurteilungswissen. Jedenfalls zog ihre Umsetzung eine Klagewelle gegen die Ausländerbehörde nach sich (vgl. Fußnote 209), denn die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter erkannten die Mehrzahl der geltend gemachten Traumatisierungen nicht an, da sie angehalten waren, die „Aussagefähigkeit“ von Stellungnahmen kritisch zu beurteilen und deshalb eher zum Nachteil der bosnischen Flüchtlinge entschieden. Die Betroffenen, deren Atteste nicht anerkannt wurden, klagten daraufhin ab Ende 2002. Die folgende Neuregelung mithilfe der Ärzte- und Psychotherapeutenkammer sollte mehr Klarheit schaffen. Schlussendlich mussten die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter nur noch prüfen, ob die Attestierenden auf den Kammerlisten aufgeführt waren, die an die neue Weisung E.Bos.1. angehängt waren und keine

---

<sup>225</sup> Brief der Senatsverwaltung für Inneres an das Landeseinwohneramt Berlin - IV - vom 14.02.2001 zur Vorbereitung der Weisung E.Bos.1 (Akte der Senatsverwaltung für Inneres).

inhaltlichen Kriterien mehr beurteilen.

Diese sich ändernden Vorgehensweisen illustrieren die Übersetzungen, die am Ende zu einem anwendbaren Arbeitskonsens führten. Eine erste Übersetzung fand bereits in der Definition von „Traumatisierung“ als Posttraumatische Belastungsstörung statt, die die Berücksichtigung der Diagnose im Verwaltungshandeln nach sich zog. Der hierzu notwendige Dialog zwischen Behandelnden und der Innenverwaltung war am Anfang über die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales gewährleistet. Diese legte die erste Beschreibung von „Traumatisierung“ aus dem Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin der Senatsverwaltung für Inneres vor. Die in der Expertise des Behandlungszentrums enthaltene Definition fokussierte zwar auf die Posttraumatische Belastungsstörung, blieb aber insgesamt vage. Ungeachtet ihrer Unschärfe fand sie Eingang in die Weisung der Senatsverwaltung für Inneres, die von der Ausländerbehörde umgesetzt wurde.

Gleichzeitig wurden der Ausländerbehörde Fachleute an die Seite gestellt, um die richtigen Entscheidungen zu fällen. So sollten Stellungnahmen von September 1996 bis November 1997 von einer Psychiaterin des Landesgesundheitsamtes nach formellen Kriterien überprüft und das Ergebnis an die Ausländerbehörde rückgemeldet werden. Im November 1996 hieß es in der Antwort auf eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Karin Hopfmann: „Um dem nichtärztlichen Personal des Landeseinwohneramtes Berlin eine Entscheidungshilfe bei der Würdigung der vorgelegten Beweismittel zu geben, prüft die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, *ob die attestierten Befunde und Diagnosen dem Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen sind* [Hervorhebung A. W.]“ (Abgeordnetenhaus Berlin 14.11.1996).

Lediglich ein Jahr lang begutachtete die Psychiaterin des Gesundheitsamtes die Atteste der bosnischen Flüchtlinge. Und so lautet die Antwort auf eine Kleine Anfrage des Abgeordneten Ismail H. Koşan: „Die entsprechend sachkundigen Fachkräfte stehen jedoch zwischenzeitlich der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales nicht mehr zur Verfügung, so daß die betreffende Verwaltung keine Möglichkeit mehr sieht, mit eigenen Kräften die in der Vergangenheit geleistete Hilfestellung fortzusetzen“ (Abgeordnetenhaus Berlin 20.05.1998). In der Folge blieben die Anträge der betroffenen Flüchtlinge, deren Zahl mit dem wachsenden Ausreisedruck stieg, zunächst unbearbeitet. Es wurde nicht entschieden, ob die von ihnen eingereichten Atteste reichten, um sie als Traumatisierte im Sinne der Weisung anzuerkennen. Die Betroffenen wurden zwar nicht abgeschoben,<sup>226</sup> doch sie erhielten auch nicht die vorgeschriebene Duldung mit einer Gültigkeit von einem Jahr, die für als traumatisiert geltende Personen und ihre Familienmitglieder laut gültiger Weisung ausgestellt werden sollte. Um die Anerkennung der Atteste fortsetzen zu können, versuchte die Senatsverwaltung für Inneres, die Begutachtung durch psychiatrische Abteilungen der Berliner Krankenhäuser übernehmen zu lassen, wie es in der Beantwortung der Kleinen Anfrage weiter hieß. Doch dazu kam es wegen fehlender Finanzierung nicht (Abgeordnetenhaus Berlin 06.07.2000: 4). Ende 1998 übernahm daher der Polizeiärztliche Dienst die Begutachtungen für die Ausländerbehörde.

---

<sup>226</sup> Wurde dennoch versucht, die Betroffenen abzuschieben, hatten ihre Anwältinnen und Anwälte gute Chancen, sie aus dem Abschiebegewahrsam entlassen zu lassen, vorausgesetzt, die Betroffenen schafften es, ihre Rechtsanwältinnen bzw. Rechtsanwälte zu informieren.

Somit wurden die Atteste der Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen von Anfang an nicht direkt anerkannt, sondern nochmals überprüft. Unklar ist, welche „attestierten Befunde und Diagnosen unter das Krankheitsbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung fallen“ sollten. Von Vertreterinnen und Vertretern der Psy-Disziplinen wurde betont, dass Posttraumatische Belastungsstörungen nicht immer als solche erkannt würden und deshalb insbesondere von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Form anderer Störungen attestiert würden. Darum sollten die Atteste auf Hinweise einer Posttraumatischen Belastungsstörung überprüft werden. Die Beantwortung der zitierten Kleinen Anfrage blieb in klinischer Hinsicht schwammig, doch gerade das machte das *boundary object* aus: es ließ Platz für weitere Übersetzungen und Aushandlungen, was zur Diagnose zu zählen war, auch wenn unter die Posttraumatische Belastungsstörung im strengen Sinn keine weiteren Diagnosen fallen konnten.

Die Flüchtlinge wurden nicht alle vorsorglich zu einer Begutachtung geschickt, um Traumafolgeschäden festzustellen oder auszuschließen. Die Geltendmachung einer Traumatisierung war Angelegenheit der Betroffenen und verband sich für sie mit fehlenden Rückkehrperspektiven und der daraus resultierenden Notwendigkeit, ihre Duldung zu verlängern. Ein Interesse der Ausländerbehörde an ihrem seelischen Zustand konnten sie im Verwaltungshandeln nicht erkennen. So war es für viele überraschend, dass sie ein Attest einreichen sollten oder konnten, um ihren Aufenthalt zu verlängern.

Ja ich erinnere mich, dass ich auf die Polizei gehen musste. Ich hatte keine Ahnung, was ein Attest ist, ich hatte noch nie etwas von einem Attest gehört. Und dann hatte ich ein Einzelgespräch mit Z. und dann hat mir Z. gesagt, Marija, du bist schon lange bei uns in Behandlung, du hast ein Recht auf ein Attest. Und ich fragte, was ist ein Attest? Sie sagte, ich schreibe für die Behörde, dass du hier bist und was dich bedrückt und wie es dich bedrückt. Und ja, so habe ich von diesem Attest erfahren. Und als ich es gelesen habe, nachdem ich es von Z. bekam und es auf die Behörde brachte, die Hälfte der Ausdrücke habe ich nicht verstanden. Ich wusste einfach nicht, was ein Attest ist.<sup>zz</sup> (Frau Lisac)

So wie es hier Frau Lisac beschrieb, schilderten viele meiner Gesprächspartnerinnen und -partner den Informationsfluss. Die wenigsten hatten konkrete Erwartungen an die Psychotherapie oder nahmen sich überhaupt als therapiebedürftig wahr. Sie wurden von Verwandten, Freundinnen und Freunden sowie von Ärztinnen und Ärzten überwiesen, nur selten suchten sie aus eigenem Antrieb aktiv nach psychiatrischer oder psychologischer Hilfe. Ähnlich verhielt es sich auch mit den Attesten. Die Therapierenden, häufiger aber Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, die mit den Stellungnahmen eine Aufenthaltsverlängerung beantragen konnten, erklärten den Flüchtlingen, dass sie Atteste benötigten. Erneut betonten die meisten meiner bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner, dass sie viele Dinge vorher nicht wussten und sie ihnen von Unterstützerinnen und Unterstützern mitgeteilt und erklärt wurden.

Zudem beschrieb Frau Lisac einen Verfremdungseffekt in der Stellungnahme. Die Psychotherapeutin erklärte ihr, dass sie im Attest geschrieben hätte, was Frau Lisac Sorgen bereite. Als Frau Lisac das Attest las, verstand sie wenig. Das individuelle Leiden wurde in eine Störungskategorie übersetzt, in der Frau Lisac ihre Sorgen nicht wiederfand, auch wenn sie sich in die Kategorie „traumatisierte Person“ einordnen würde. Das subjektive Erleben verschwand im

Attest.<sup>227</sup> Aber nur das geschriebene Wort der Behandelnden hatte für die Behörde Bedeutung, nicht die Berichte der Flüchtlinge für sich. So reduzierte sich die Verwaltungspraxis weitestgehend auf einen Papieraustausch, Attest gegen Duldung. Die Flüchtlinge verwandelten sich in Boten und Träger ihrer Papiere und in zu verwaltende Ausländerinnen und Ausländer; gleichzeitig nahm die Verwaltung sie nie als Personen mit individuellem Schicksal wahr, was ihr Auftrag gewesen wäre. Für den Austausch mussten sich beide<sup>228</sup> Austauschseiten, Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Disziplinen und Verwaltung, über die Art und Weise und die Objekte des Austausches verständigen. Wenn Traumatisierung ein *boundary object* mit „coincident boundaries“ ist, so haben beide Akteure Übersetzungsleistungen zu erbringen, um sich über Verfahren zu einigen, die ein in beide Kontexte passendes Verständnis dieses *boundary objects* sichern. Dies geschah am Runden Tisch, an dem die Senatsverwaltung für Inneres anfangs nicht teilnehmen wollte und sich auch später wieder zurückzog, als die Konfrontation auf dem Höhepunkt war. Mit der Zeit avancierte der Runde Tisch von einem Treffen auf dem sich verschiedene Institutionen und Organisationen, die mit Bosnierinnen und Bosniern arbeiteten, austauschten zu einem Fachtreffen der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter, die sich in der Flüchtlingsarbeit engagierten. „Von den Behörden war niemand dann mehr da. Im Laufe der Zeit haben sich dann auch von der Kirche die Leute ausgeklinkt, sodass dann der Arbeitskreis immer mehr ein Treffen war von Therapeuten, Therapeutinnen, die in dem Bereich arbeiten“, beklagte Herr W. diese Entwicklung. Die in der Flüchtlingsarbeit engagierten Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen befanden sich am Ende allein in den Aushandlungen mit der Senatsverwaltung für Inneres. Da es um ein sehr spezielles Thema ging, nämlich traumatisierte Flüchtlinge, mit denen sich andere Unterstützerinnen und Unterstützer nicht auskannten, wurden die Argumentationen den Fachleuten überlassen.

Das wichtigste Werkzeug in den Auseinandersetzungen war die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung und ihre Dehnbarkeit, die vonseiten der Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Disziplinen mir als wahrgenommener Insiderin gegenüber auch offen eingestanden wurde: „Also ich bin froh, dass es die gibt, die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung. Aber ich finde sie auch so butterweich und so wenig differenziert, dass eigentlich andere Diagnosen besser wären. Aber es ist ein Segen, dass es sie gibt und dass es sie offiziell gibt“, fand Frau A. Dass es die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung offiziell gab, machte ihre Verteidigung nach außen, gegenüber diagnostisch nicht ausgebildetem Verwaltungspersonal erst möglich.<sup>229</sup> Es gab sogar zwei Klassifikationssysteme, DSM und ICD, auf die sich bezogen werden konnte, die international anerkannt und verbindlich waren. So wurde auch die Diagnosekategorie als solche von der Verwaltung nie infrage gestellt, aber die Art der Diagnostik.

Aber dann natürlich stellte sich als nächstes die Frage, stellte sich vonseiten des Senats, nicht vonseiten der Behandler, vonseiten des Senats und der Ausländerbehörde, wie können wir denn

---

<sup>227</sup> Es verschwand noch mehr, wenn Textbausteine eingesetzt wurden, wie es, aufgrund der Fülle der Attestierungen, zum Standard wurde.

<sup>228</sup> Die Flüchtlinge waren nur als Boten am Austausch beteiligt, ansonsten aber die Objekte, auf die sich der Austausch bezog. Sie waren stille Akteure (Clarke 2005), deren Fluchtgeschichten und Symptome in den überbrachten Schriftstücken berichtet wurden.

<sup>229</sup> Auch in der Argumentation der Berliner Ärztekammer gegenüber war es wichtig, dass die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung in den Klassifikationssystemen beschrieben wurde (vgl. Zitat Frau R. auf S. 142)

unterscheiden, wer traumatisiert ist und wer nicht? Und dann kam also die Frage der Diagnostik. Und wer macht die Diagnostik? Und wie zuverlässig ist die Diagnostik? (Herr W.)

Und Herr Hampel von der Senatsverwaltung für Inneres schien auf diese Äußerung von Herrn W. direkt zu antworten. In den Jahren der Aushandlungen, saßen sie sich auch persönlich am Runden Tisch gegenüber und versuchten miteinander einen Konsens zu finden:

Zusammenarbeit hatten wir auch. Wir hatten diese, so alle halbe Jahre Runden. [...] Aber ich konnte es immer nicht so richtig nachvollziehen, weil mir auch keiner erklären kann, so für einen Nichtmediziner, was denn so für Kriterien entscheidend sind, um so was festzustellen und wie, woher weiß ich, womit ich wie behandeln muss, oder so. Und warum brauchen einige acht Jahre, um überhaupt Traumatisierung geltend zu machen? [...] Vom Selbstverständnis der Therapeuten her muss natürlich jeder hier bleiben dürfen, bei dem sie Behandlungsbedürftigkeit bestätigen. Klar. Schon, weil sie sagen, nur hier ist die optimale Behandlung gewährleistet. Auch das streite ich nicht ab, das kann aber aus gesetzlicher Sicht allein nicht ausschlaggebend sein. (Herr Hampel)

Hier wurde das Tauziehen beider Seiten um die Definition von Traumatisierungen und ihrer Diagnostik deutlich, die Herr Hampel trotz der Widersprüche als „Zusammenarbeit“ bezeichnete. Aber die Skepsis der Innenverwaltung in Bezug auf die Objektivität der behandelnden Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, die jene immer wieder mit der Zuverlässigkeit und Eindeutigkeit der Diagnostik zu untermauern versuchten, blieb. Die Übersetzungen und Erklärungen der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter waren nicht stimmig. In meinen Ausführungen zur Diagnose und Diagnostik verdeutlichte ich, dass beide nicht eindeutig waren und sie durchaus auch von Praktikerinnen und Praktikern hinterfragt wurden. Im Vergleich zwischen den Stellungnahmen niedergelassener und in Institutionen tätiger Psy-Expertinnen und -Experten und der begutachtenden Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes von Angelika Birck (2000) schlug sich dieses Rauschen nieder und involvierte auch die Senatsverwaltung für Inneres, die nach einer klaren Abgrenzung suchte.

Für die behandelnden Psychiaterinnen, Psychiater, Psychologinnen und Psychologen stellte sich hingegen nicht die Frage, wie eine Traumatisierung festzustellen ist, denn sie gingen davon aus, dass jede bzw. jeder, die bzw. der etwas Schreckliches erlebt hatte auch (sehr wahrscheinlich) traumatisiert war. Für sie war der Passagepunkt, den Star und Griesemer (1989) beschrieben, das traumatische Ereignis. Die Schwere der Erkrankung und die Gesundheitsbeeinträchtigung verstanden sich für die Flüchtlingsunterstützerinnen und -unterstützer von selbst und mussten ihrer Meinung nach nicht näher überprüft werden. Darin unterschieden sie sich von der Auffassung verwaltungsnaher Psy-Vertreterinnen und -Vertreter. Letztere konzentrierten sich im Rahmen ihrer Diagnostik auf die Erkrankungsschwere, denn dass die Flüchtlinge eine Posttraumatische Belastungsstörung haben, wurde auch von ihnen nicht in Abrede gestellt, wohl aber dass der Ausprägungsgrad einen Aufenthalt rechtfertigte. Beide Gruppen von Vertreterinnen und Vertretern der Psy-Disziplinen hatten unterschiedliche Herangehensweisen an die Diagnostik und deshalb unterschiedliche Passagepunkte – zum einen das traumatische Erlebnis und zum anderen die Schwere der Erkrankung –, die sich nicht miteinander vereinbaren ließen. Sie redeten aber dennoch über dasselbe Thema, nämlich Posttraumatische Belastungsstörungen bei bosnischen Flüchtlingen. Zu diesem Zeitpunkt war das *boundary object* bereits festgelegt, aber die Übersetzung mit den

beiden unterschiedlichen Passagepunkten war nicht stimmig und deshalb funktionierte das Vorgehen auch nicht in der Praxis.

Am Runden Tisch wurden im Laufe der Zeit nur noch die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung und ihre „richtige“ Diagnostik verhandelt, d.h. ein Konsens über den Passagepunkt gesucht. In dieser Entwicklung lassen sich zwei Verschiebungen erkennen: Erstens von der gestaffelten Rückkehr aller Flüchtlinge zu einem Bleiberecht für Einzelne. Dies hing mit der langwierigen Rückkehr aufgrund der schlechten Sicherheitslage und dem stockenden Aufbau in Bosnien zusammen. Zweitens die Fokussierung auf die Traumatisierten, denn es ging nicht mehr um alle bosnischen Flüchtlinge und ein humanitäres Bleiberecht, wie es Unterstützerinnen und Unterstützer von Flüchtlingen sonst forderten. Menschenrechte, die politisch eingefordert werden müssen, wurden somit in ihrer Anwendung auf die Gruppe der Traumatisierten beschränkt.<sup>230</sup>

Doch auch wenn Grundrechte zu Privilegien geworden waren, wollten viele in deren Genuss kommen. Daraus resultierte die Vielzahl der Stellungnahmen, die die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter für die Flüchtlinge schrieben, denn die Nachfrage war groß und stieg mit dem Bekanntwerden der Möglichkeit der Duldungsverlängerung mithilfe von Attestierungen und dem zunehmenden Ausreisedruck. Den Behandelnden fiel es nicht schwer, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu attestieren, denn die Diagnose war so „elastisch“, dass alle Flüchtlinge sie erhalten konnten, weil sie zumindest ein potenziell traumatisierendes Erlebnis berichten konnten. Immerhin mussten sie ihre Häuser und Familien unter Zwang verlassen und viele erlebten weitere Grausamkeiten. Zusätzlich wurde den Hilfesuchenden mit Wohlwollen und Verständnis vonseiten der niedergelassenen und in Vereinen und Wohlfahrtsverbänden angestellten Psy-Vertreterinnen und -Vertretern begegnet. Zwischen traumatisierten und gesunden Flüchtlingen mussten nur die Senatsverwaltung für Inneres und die Ausländerbehörde unterscheiden. So wunderte sich der Psychologe Herr K. nicht, warum alle Flüchtlinge die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung erhielten und erklärte es mit einer Vorselektion. „Also weil wir halt doch ein Anlaufpunkt sind für traumatisierte Flüchtlinge. Und wenn das Trauma nicht da ist, in dem Sinne, dann werden die Leute nicht zu uns geschickt oder finden auch den Weg nicht.“ Es gab kein Misstrauen vonseiten der Unterstützerinnen und Unterstützer. Zwar sagte Frau P., dass Flüchtlinge sie manchmal angelogen hätten, dass sich dahinter aber *immer* eine noch schlimmere Geschichte verborgen hätte als die eingangs erzählte. Es wären Schutzerzählungen, vor allem in Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch, gewesen.

Das Sehenwollen der Diagnose aufseiten der Behandelnden ist grundsätzlicher Natur und schlug sich nicht nur in ihren Argumentationen nieder, sondern auch in Artefakten. So waren die im Jahr 2002 eingeführten Kammerlisten überschrieben mit „Ärztinnen und Ärzte zur Begutachtung von

---

<sup>230</sup> Die letzte Weisung, die allen bosnischen Flüchtlingen eine Aufenthaltsbefugnis zusprach, die irgendwann einmal eine Posttraumatische Belastungsstörung bei der Ausländerbehörde geltend machen, verband diese beiden Verschiebungen, weil für die langjährig Geduldeten eine Lösung gefunden werden sollte. Das hieß, dass Flüchtlinge, die in elf bis vierzehn Jahren Duldungszeit in Berlin kein einziges Attest eingereicht haben und immer noch einen unsicheren Aufenthaltsstatus hatten, wirklich zurückkehren mussten. Mir sind keine Bosnierinnen und Bosnier bekannt, auf die Letzteres zugefallen hätte. Das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei mindestens einem Familienmitglied war der Hauptgrund, warum bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge 2006, als diese Weisung erlassen wurde, noch in Berlin lebten.

*Patienten mit PTSD*“ und „Vorläufige Übergangsliste für qualifizierte Psychologen/Psychotherapeuten zur Erstellung psychologisch-gutachterlicher Stellungnahmen für *traumatisierte Bürgerkriegsflüchtlinge*“. In der ersten Liste wurde die englische Abkürzung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung „PTSD“ verwandt, obwohl deutschsprachig diagnostiziert wurde und die Diagnose auch als „Posttraumatische Belastungsstörung“ in deutscher Übersetzung existiert. „PTSD“ war kürzer als der Zungenbrecher „Posttraumatische Belastungsstörung“, baute aber Distanz zu Laien auf, die solche Kürzel nicht verstanden und sich diese erklären lassen mussten. Gleichzeitig wurde aber mit dem Titel der Liste impliziert, dass eben nur „PTSD“ diagnostiziert wurde, keine anderen Traumafolgeschäden oder andere psychische Erkrankungen. Das unterstreicht, dass allen beteiligten Psy-Vertreterinnen und -Vertretern klar war, was in den Attesten stehen musste. Auch die Listenbezeichnung der Psychologenkammer war setzend in ihrer Überschrift, denn sie implizierte, dass entweder nur traumatisierte Bürgerkriegsflüchtlinge begutachtet wurden oder alle Bürgerkriegsflüchtlinge traumatisiert waren. In keinem Listentitel ging es um die *Feststellung von Traumafolgeschäden* wie es sonst vorsichtiger für Begutachtungen formuliert werden müsste. Die Folgeschäden wurden in beiden Titeln bereits vorausgesetzt, mehr oder weniger klar definiert als Posttraumatische Belastungsstörung.

Die Behörden allerdings wunderten sich, wie das Zitat von Herrn Hampel (S. 192) zeigte, und sie begegneten den Ausführungen und Erklärungen der Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Disziplinen nach anfänglichem Unwillen zur Kooperation am Runden Tisch mit zunehmendem Misstrauen. Der Innenverwaltung war nicht klar, warum alle Flüchtlinge die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung attestiert bekamen, daran änderten auch die Treffen mit den Psychotherapeutinnen und -therapeuten nichts, auf denen die Symptome immer wieder erklärt wurden. Vor allem fand die Senatsverwaltung für Inneres es unverständlich, wie die Behandelnden zwischen jemandem unterschieden, der wirklich erkrankt war und jemandem, der es nur vorspielte. Hierbei handelte es sich um das alte Problem: Wie können Kranke von Simulierenden sicher unterschieden werden? Die Antwort lautete ehrlicherweise: gar nicht. Die politische Einstellung definierte das Ergebnis einer Begutachtung (vgl. Young 1993) und das war kein neues Phänomen. So war es möglich, dass ein Vorläufer der heutigen Posttraumatischen Belastungsstörung, das sogenannte KZ-Syndrom, von deutschen Psychiatern nicht festgestellt wurde, von US-amerikanischen Kollegen hingegen schon. Auch damals gab dies Anlass für polemische Auseinandersetzungen zwischen beiden Lagern (Eissler 1963). Es war nicht das erste Mal; davor gab es bereits Auseinandersetzungen um die Begutachtung traumatischer Neurosen (vgl. Eingangszitat Kap. 4, S. 112).

Der jeweilige Standpunkt beeinflusste auch in Berlin die Wahrnehmung:

Das ist für mich eine Grauzone. Ich kann es nur glauben, ich kann es manchmal nicht nachvollziehen. Ich will auch nicht ausschließen, dass manche Leute vielleicht gar nicht traumatisiert sind und es trotzdem schaffen, darunter zu fallen. Das war auch immer der Streit mit den Ärzten und Therapeuten. Das ist so wenig messbar. [...] Und ich denke mal, selbst einen erfahrenen Therapeuten kann ich, wenn ich es geschickt mache, sogar noch ausmogeln. Was die Therapeuten uns gegenüber natürlich nicht zugeben. Die sagen dann immer, wir haben hier wissenschaftlich geprüfte Kriterien.

Ich hatte [...] in der Härtefallkommission eine Traumatisierte mit gutachterlicher Stellungnahme. Im Krieg vergewaltigt worden, hat sie vorgetragen, und sogar den Zeitraum umschrieben. Dann haben wir die Ausländerakte angefordert, um den Fall für die Beratung aufzuarbeiten und das erste Blatt der Ausländerakte war ein Polizeibericht, wo die Dame, genau zu dem Zeitpunkt, wo sie in Bosnien vergewaltigt worden sein wollte, in einem Berliner Bordell festgenommen worden ist. Also solche Fälle gibt es, gab es halt auch. Das sind alles so Dinge. Wenn eine Frau einem erzählt, sie ist vergewaltigt worden, dann scheut man natürlich von vornherein schon davor zurück, das überhaupt infrage zu stellen. Und dass so was dann vielleicht von Einzelpersonen ausgenutzt wird, das können sie ja auch nicht verhindern. (Herr Hampel)

Dieses drastische Beispiel illustrierte das grundlegende Misstrauen der Behörden gegenüber den Flüchtlingen.<sup>231</sup> Die Flüchtlinge schafften es sogar, die Behandelnden „auszumogeln“. Herr Hampel hatte Verständnis für die attestierenden Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, auch sie waren den Lügen der Flüchtlinge gegenüber machtlos. Deshalb war die Ausländerbehörde umso mehr in der Pflicht, die behaupteten Sachverhalte, auch wenn sie attestiert wurden, nachzuprüfen. Obwohl die Messbarkeit und Wissenschaftlichkeit immer wieder von den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ins Feld geführt wurde, gelang es ihnen nicht, die Verwaltung abschließend von der Eindeutigkeit der Diagnostik zu überzeugen. Beide Akteursseiten blieben in ihren Logiken verhaftet. Sie fanden zwar einen Kompromiss, aber nur in Ermangelung anderer begehrter Wege nach der Praxisdurchsuchung bei Herrn Dr. B. und der Erkrankung der begutachtenden Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes. Weil keine bessere Lösung gefunden wurde und die beiden Passagepunkte, traumatisches Ereignis und Schwere, unvereinbar nebeneinander standen, wurden die Kammern um Unterstützung gebeten, einen Kompromiss zu finden, mit dem beide Seiten arbeiten konnten.

Dabei schwankte Herr Hampel im Gespräch in seiner Einstellung gegenüber den Flüchtlingen zwischen Unterstellungen<sup>232</sup> und Verständnis. Er räumte ein, dass er sich in ihrer Situation wahrscheinlich auch so verhalten hätte, aber das sei kein Argument für die Ausländerbehörde. Doch Unterstellungen, für die es einzelne Anlässe gab, wurden verallgemeinert und auf die gesamte Gruppe der Bosnierinnen und Bosnier übertragen.<sup>233</sup> Diese grundlegende Skepsis wurde auch von

---

<sup>231</sup> Diesen Fall erzählte mir Herr Hampel nochmals während unseres zweiten kurzen Gesprächs zwei Jahre später. Das verdeutlicht, wie wichtig er für ihn war. Vielleicht gab es alternative Erklärungen, doch für ihn existierte nur die Ausländerakte und die musste zu den Ausführungen der Menschen passen. Wenn es Abweichungen gab, lag es an den Menschen, nie an den Akten. Mir ist eine Bosnierin bekannt, der vier Jahre lang von der Ausländerbehörde unterstellt wurde, dass sie bereits zuvor in Berlin registriert war, weil ihr Name schon einmal in das Computersystem eingetragen wurde. Am Ende wurde die Ausländerbehörde vor dem Gericht überzeugt, dass es sich um eine andere Person mit dem gleichen Namen handelte, wofür auch schon zuvor ein anderes Geburtsdatum und eine andere Familienzusammensetzung sprachen. Gerade weil die Berliner Ausländerbehörde in den 1990er Jahren überlastet und der Handel mit Personaldokumenten während der Kriegsjahre keine Seltenheit war (und auch danach nicht: Radovan Karadžić, der jahrelang den Pass des serbischen Bauern Dragan Džabić benutzte, ist ein prominentes neueres Beispiel), sollte nicht vorschnell geurteilt werden, weder für noch gegen den Fall in der Härtefallkommission. Meine Argumente überzeugten Herrn Hampel nicht. Es war aber auch nicht seine Aufgabe, nach alternativen Erklärungen für aktunkundige Sachverhalte zu suchen. Er entschied nach Aktenlage, das ist seine Arbeit.

<sup>232</sup> So meinte er, dass sie keine oder schlechte Ausbildungen hätten und deshalb in Berlin nur Hilfsarbeiten verrichten könnten, für die es auch genug Deutsche und aufenthaltsberechtigte Ausländer gäbe. Zudem wäre das Leben hier bequemer als in Bosnien.

<sup>233</sup> Vielleicht konzentrierten sich auch deshalb die Ermittlungen auf zwei Arztpraxen jugoslawischer Ärzte, denn bei ihnen wurde am ehesten Behördentäuschung vermutet, nicht bei deutschen Kolleginnen und Kollegen. Herr Hampel sagte bei der Nachrecherche, dass Herr Dr. B. zu 2,5 Jahren Haft verurteilt wurde. Ich war bis dahin von einem gerichtlichen Vergleich ausgegangen, der Herrn Dr. B. in den Ruhestand hätte gehen lassen. In der Akte der



den Flüchtlingen wahrgenommen und sie fühlten sich damit in ihrem Leid ignoriert und diskreditiert:

Na sie [die Ausländerbehörde, A. W.] zweifeln im Prinzip sofort am Anfang die Atteste an. Das ist ihr erster Gedanke, dass sie die Atteste anzweifeln. So fangen sie an. Sie behandeln jeden Menschen als hätte er gelogen, als hätte er betrogen, so als wäre er, als wäre er ein Lügner und Simulant. Und so weiter. Und so haben viele Leute wieder Zusammenbrüche erlebt, dank solcher Behandlung. Nicht nur ich. Ich habe gehört, dass viele Leute Beschwerden hatten nach einem solchen Verhör, nicht nur ich.<sup>aaa</sup> (Frau Lisac)

Frau Lisac beschrieb ihre Begutachtung durch die Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes als „Verhör“ und den Umgang der Berliner Ausländerbehörde mit den Flüchtlingen als einen grundsätzlich von Zweifel geprägten. Dies wurde auch von Herrn Hampel bestätigt.

Im Rahmen der Schlüssigkeitsprüfung wollten sie [die Ausländerbehörde, A. W.] selber rauskriegen, aufgrund eigener Ärzte. Die haben damals erreicht, dass die Polizei eine Therapeutin eingestellt hat, damit da nicht ein Allgemeinmediziner nun sich mit Trauma [beschäftigt], dazu ist er ja gar nicht ausgebildet. Das hat stattgefunden, das ist richtig. [...] Aber damit haben wir ja dann 2001 aufgehört, als wir die Traumaregelung gemacht haben, dann gab es das nicht mehr, die *Vorführung* beim Polizeiarzt [Kursives A. W.]. (Herr Hampel)

In diesem Zitat gibt es zwei Dinge, auf die ich hinweisen möchte. Zum einen sprach Herr Hampel am Anfang von „die“ und „sie“ und meinte die Berliner Ausländerbehörde, als wäre sie eine selbstständig agierende Institution. Das war sie nur bedingt. Die Ausländerbehörde gehörte zum Landeseinwohnermeldeamt, das später zum Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten fusionierte, unterstand aber der Senatsverwaltung für Inneres und musste deren Weisungen umsetzen. Trotzdem wurde hier die Ausländerbehörde von Herrn Hampel als „Außen“ beschrieben. Auch wurde die Praxis der „Vorführung beim Polizeiarzt“ von „denen“ in der Ausländerbehörde durch die Traumaregelung, die Herr Hampel als „unsere“ bezeichnete, beendet. Denn „die wir gemacht haben“ bezog sich auf die Senatsverwaltung für Inneres, nur diese konnte Weisungen erlassen. Die Traumaregelung, die die Senatsverwaltung für Inneres in einem Schreiben vom 14.02.2001 an die Berliner Ausländerbehörde übermittelte,<sup>234</sup> wurde von Letzterer nur sehr zögerlich umgesetzt und erforderte ein neues Vorgehen ab 2002 mit den Kammerlisten, weil die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter die „Aussagefähigkeit“ der Attestierungen der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter, die die Flüchtlinge behandelten und unterstützten, nicht eindeutig einschätzen konnten (vgl. S. 188 f.).

Zudem sprach Herr Hampel von „Vorführungen beim Polizeiarzt“. Es kam zwar auch zu zwangsweisen Vorführungen und sogar zu einem „Hausbesuch“ in einem Wohnheim (Abgeordnetenhaus Berlin 23.06.2000), in der Regel wurde jedoch eine Terminbenachrichtigung verschickt und die Flüchtlinge erschienen dann zur Begutachtung oder auch nicht. Allerdings erhärtete das Fernbleiben den Verdacht der Behörde, dass die eingereichten Stellungnahmen substanzlos waren und die Betroffenen etwas zu verbergen hätten. Trotzdem passt das Wort

---

Senatsverwaltung für Inneres fand ich keine Schriftstücke zum Verfahren. Da sich um Herrn Dr. B. viele Gerüchte rankten, können beide Versionen stimmen. Es unterstreicht die Überzeugung der Senatsverwaltung für Inneres, dass Herr Dr. B.s Atteste nicht qualifiziert waren und gesetzwidrig verkauft wurden.

<sup>234</sup> Akte der Senatsverwaltung für Inneres.

„Vorführung“, denn auch wenn es kein körperlicher Zwang war, wurde das Vorgehen als Zwang wahrgenommen, wie unter anderem das Zitat von Frau Lisac zeigte. Zusätzlich fühlten sich viele Flüchtlinge von der Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes<sup>235</sup> wirklich vorgeführt, da diese ihre Vorträge nicht immer ernst nahm und das Erlebte manchmal sogar abwertend kommentierte (Hohlfeld 2008: 642). Auch in einer Ausschlusdiskussion des Berliner Abgeordnetenhauses wurden diese Vorwürfe thematisiert (Abgeordnetenhaus Berlin 06.07.2000: 5 ff.). Frau Lisac erlitt bei ihrer Begutachtung einen Nervenzusammenbruch und musste danach stationär behandelt werden. Sie erlebte die Begutachtung folgendermaßen:

Sie haben mich zur Überprüfung geschickt, zu diesem, wie heißt es gleich, Gutachten. Und dann hat die Frau, die dieses Gutachten gemacht hat, übertrieben. Sie hat einfach übertrieben, sie hat großen Druck auf mich ausgeübt, sie hat nicht gut eingeschätzt in welchem psychischen Zustand ich bin und dann ist mir das passiert. [...] Sie hat sich über mich lustig gemacht. Sie hat sich über meine Probleme lustig gemacht, sie war so arrogant und so grob in ihrem Verhalten mir gegenüber, dass ich mich frage, wer ihr überhaupt den Abschluss eines Mediziners gegeben hat.<sup>bbb</sup> (Frau Lisac)

Die Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes entsprach nicht den gewohnten Umgangsformen von Psy-Vertreterinnen und -Vertretern mit Bosnierinnen und Bosniern. Es ging nicht um eine Behandlung, um Heilen oder Helfen, worauf in der Regel ärztliche oder psychotherapeutische Gespräche ausgerichtet waren, die die Flüchtlinge bis dahin in erster Linie kennengelernt hatten. Eine Begutachtung war eine andere Situation, in der Expertinnen und Experten sich nicht per Definition empathisch den Klientinnen und Klienten zuwendeten.<sup>236</sup> Mit Begutachtungen sollen sie zur juristischen Urteilsfindung beitragen, da Richterinnen und Richter der ärztliche Sachverstand fehlt. Esther Fischer-Homberger beschreibt die Verbindungen zwischen Medizin und Jurisprudenz als konkurrierend, wobei die Medizin zunehmend, insbesondere ab dem 19. Jahrhundert, an Einfluss gewann (1983: 85 ff.).<sup>237</sup>

Mit den Beschlüssen der Ständigen Innenministerkonferenz die bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge betreffend, die Traumatisierte explizit als Gruppe differenzierten, wurden für aufenthaltsrechtliche Entscheidungen Sachverhalte ausschlaggebend, die keine Verwaltung anhand der Aktenlage, z. B. auf der Grundlage von Passkopien feststellen konnte, sondern nur unter Berücksichtigung ärztlicher oder psychologischer Stellungnahmen. Die Berliner Verwaltung benötigte diese Expertisen, wie

---

<sup>235</sup> Interessant ist, dass Herr Hampel „Therapeutin“ sagte, denn die Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes bot keine Therapien an, sondern begutachtete ausschließlich die Flüchtlinge und therapierte sie nicht.

<sup>236</sup> Dies war auch den Begutachtenden bewusst: „Als Angehörige eines Heilberufes finden wir uns zwischen den beiden beschriebenen Koordinaten [ausreichend belegte Anamnese und ausführliche Begründung der Diagnose für Verwaltungsrichterinnen und -richter und der Gefahr der psychischen Dekompensation der Patientinnen und Patienten, A. W.] in einer Zwickmühle, die beständig der Reflexion der eigenen Tätigkeit bedarf“ (Haenel/Wenk-Ansohn 2004: 179).

<sup>237</sup> Zeit und Jung merkten an, dass es vor allem in der Inneren Medizin und der Psychiatrie frühzeitig, das heißt bereits im 17. und 18. Jahrhundert, ein Bewusstsein für die Wichtigkeit von Anamnesen, im wörtlichen Sinn „Vorgeschichte der Krankheit“ gab (Zeit/Jung 2004: 23). Es sind die Gebiete der Medizin, in denen wenig „offensichtlich“ ist. Körper und Gedanken brauchten medizinische Interpretationen, um für Fachfremde verständlich zu werden. Zeit und Jung wiesen darauf hin, dass sich das Wort „Anamnese“ vom griechischen Wort für „die Erinnerung“ ableitet und eine wichtige Rolle im abendländischen Denken spielt. Der auf diese Ausführungen folgende Absatz trägt die Überschrift „Gedächtnis als Baustein der Persönlichkeit“ und reproduziert Hackings historische Überlegungen zur Entstehung von Gedächtnispolitiken (Hacking 1996), in dem sie das Gedächtnis ins Zentrum der westlichen Identität stellen, natürlich ohne die regulativen Momente zu thematisieren, die Hacking aufzeigt (Zeit/Jung 2004: 18 ff.).

auch alle anderen Innenverwaltungen und Ausländerbehörden bundesweit, für die Umsetzung der Beschlüsse der Innenministerkonferenz. Deshalb musste eine konkrete Zusammenarbeit mit den Vertreterinnen und Vertretern der Psy-Professionen ausgehandelt werden. Ihrer vorteilhaften Position waren sich die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter durchaus bewusst:

Für die Durchführung, in der Umsetzung brauchten die Kliniker. Die konnten das nicht selber entscheiden. In Berlin hat man es so versucht. Der Polizeiärztliche Dienst hat sich daran aufgegeben, förmlich an dieser Aufgabe, das muss man auch so sehen. Da wurden Leute auch durchaus verheizt im politischen Sinne für die Ausländerbehörde. Die haben ihrerseits auch mitgemacht, von daher ist es ihr Problem letzten Endes. Aber man wollte es auf Teufel komm raus nicht den niedergelassenen Ärzten, den Klinikern überlassen, da ein Wörtchen mitzureden. (Herr K.)

Die Einbringung eigener Expertisen der Ausländerbehörde durch die Begutachtungen des Polizeiärztlichen Dienstes scheiterte, wie Herr K. beschrieb. Er thematisierte die Instrumentalisierung von Kolleginnen und Kollegen kurz und distanzierte sich im nächsten Satz von seinem Mitgefühl, denn sie hätten „mitgemacht“, also wäre es ihr Problem. Daneben verdeutlichte Herr K. *intersements* (Star/Griesemer 1989: 390), die beide Seiten hatten: Die Verwaltung benötigte die Gutachten der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter und die Flüchtlingsunterstützerinnen und -unterstützer wollten einen Aufenthaltstitel für ihre Klientinnen und Klienten. Nach insgesamt fünf Jahren und mehreren Zuspitzungen (Birck et al. 2002: 5) wurden die Attestierungen niedergelassener Psychologinnen, Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater im Herbst 2002 in der neuerlich überarbeiteten Berliner Traumatisiertenweisung ohne weitere Prüfungen anerkannt. Die Basis für eine realisierbare Zusammenarbeit von Ausländerbehörde und niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten bildete die Einführung von Kammerlisten mit Fachleuten, für deren Qualifizierung die Kammern garantierten und deren Gutachten dafür im Gegenzug von den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Ausländerbehörde ohne Prüfungen der „Aussagefähigkeit“ akzeptiert wurden. Die beiden Kammern funktionierten so als Puffer zwischen der Senatsverwaltung und den attestierenden Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen und etablierten so einen neuen Passagepunkt: den Platz auf ihren Listen, der durch Weiterbildung erworben wurde. Dieses Vorgehen war die zentrale Wende in der Konfrontation und ermöglichte endgültige Entscheidungen und die Ausstellung von Aufenthaltsbefugnissen für 2.800<sup>238</sup> noch in Berlin verbliebene Bosnierinnen und Bosnier, die eine therapiebedürftige Posttraumatische Belastungsstörung geltend machten und sich in Psychotherapie befanden, und ihre Familienangehörigen.

Die Übersetzungen um das *boundary object* Posttraumatische Belastungsstörung wurden von Machtdemonstrationen beider Seiten begleitet, gleichzeitig war jedoch auch eine Zusammenarbeit notwendig. Die Verwaltung hatte nach dem Wegfall der Prüfung durchs Landesgesundheitsamt keine eigene Expertise mehr, aber die Stellungnahmen der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter konnten auch nicht ohne weiteres anerkannt werden, da deren Parteilichkeit für die Flüchtlinge zu offensichtlich war. Mit einer Akzeptanz der Atteste hätte die Verwaltung ihre Aufgabe der

<sup>238</sup> Am 06.08.2001 antwortete der Senator für Inneres, Dr. Ehrhart Körting, dass insgesamt 2.120 Personen einen Antrag auf eine Aufenthaltsbefugnis gemäß der Weisung vom 26.02.2001 gestellt hätten, die den IMK-Beschluss vom November 2000 umsetzte. Davor hätten bereits schätzungsweise 700 Personen eine Aufenthaltsbefugnis aufgrund von Traumatisierung beantragt (Abgeordnetenhaus Berlin 06.08.2001).

Zuwanderungsbegrenzung nicht erfüllt. So war in Anbetracht des zunehmenden politischen Drucks die Kammerlösung der einzig mögliche Weg, den Beschluss der Innenministerkonferenz aus dem Jahr 2000 auch in Berlin umzusetzen, ohne dass eine der beiden Seiten ihr Gesicht verlor.

Wie wurde Traumatisierung festgestellt, habe ich das schon gesagt? Wenn eine gutachterliche Stellungnahme eines Listenarztes oder -therapeuten vorlag, galt das für uns als festgestellt. Da haben wir denn nicht noch mal nachgeprüft. Und das haben wir der Ärztekammer und Therapeutenkammer überlassen, welche Leute sie auf die Liste [setzen, A. W.]. Es ist schon vorgekommen, dass aufgrund herber Kritik der Verwaltungsgerichte, so einige Leute dann runtergenommen wurden von der Liste. Wo die dann selbst die Kammern nicht mehr abstreiten konnten, dass das zum Teil Gefälligkeitsgutachten waren. (Herr Hampel)

Herr Hampel hatte im Gespräch Mühe, sich an die Zeit vor dieser Regelung zu erinnern.<sup>239</sup> Im Gegensatz dazu war diese Zeit für Flüchtlinge und ihre Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, die durch die restriktive und oft unkoordinierte Berliner Verwaltungspraxis geprägt war, noch sehr präsent. Zudem verkehrte Herr Hampel einen zeitlichen Zusammenhang, denn die Kritik an zwei Ärzten wurde *vor* der Listenregelung laut. Die Zweifel an der Qualität von (einigen) ärztlichen und psychologischen Stellungnahmen waren, neben der fehlenden Fachexpertise der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Ausländerbehörde, der Grund für die generelle Zweitbegutachtung der Flüchtlinge beim Polizeiärztlichen Dienst.

Mir ist kein Fall bekannt, wo (Fach-)Leute von einer der Listen „runtergenommen“ wurden und selbst die Kammern eingestehen mussten, dass Gefälligkeitsgutachten erstellt worden waren. Zwar hat sich die Liste der Berliner Ärztekammer von der ersten Version vom November 2002 bis zur Version vom März 2005 verkürzt, was mit Qualifizierungsanforderungen oder Pensionierungen zu tun hatte. Die Liste der Psychotherapeutenkammer hat sich im Gegensatz dazu vom Dezember 2002 bis zum Dezember 2004 verlängert. Der aktuelle Weisungsordner der Berliner Ausländerbehörde, der mittlerweile auch online auf der Seite der Ausländerbehörde zugänglich gemacht wurde,<sup>240</sup>

<sup>239</sup> Auch in einem weiteren Telefonat Ende August 2008, als ich nach Dokumenten zu den Gefälligkeitsgutachten fragte, meinte er, dass dies alles lange her sei und alle Bosnierinnen und Bosnier und Palästinenserinnen und Palästinenser in der Zwischenzeit einen Aufenthaltstitel erhalten hätten. Auch Palästinenserinnen und Palästinenser bildeten eine größere Flüchtlingsgruppe in Berlin, deren Aufenthalt abschließend 2006 geregelt wurde. Traumatisierung war für sie jedoch nicht ausschlaggebend. Das „lange her“ bezog sich auf einen Zeitraum von zwei Jahren.

<sup>240</sup> Anfänglich waren die Weisungen der Berliner Senatsverwaltung für Inneres nur Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten zugänglich. Später wurde auf der Homepage des Berliner Flüchtlingsrates ein Link zum Weisungsordner der Ausländerbehörde eingestellt. Dies ist ein Beispiel für eine zunehmende Kooperation zwischen der Senatsverwaltung für Inneres und Flüchtlingsunterstützenden. Auf welchen Wegen und mit welcher Geschwindigkeit Weisungen vor der Verlinkung des Weisungsordners verbreitet wurden, wird auf dem Link: <http://www.asyl.net/Magazin/Docs/2005/M-5/7505.pdf> [Stand 02.08.2008] deutlich. Das Dokument, Weisung E.Bos.2 der Berliner Senatsverwaltung für Inneres vom November 2005, das den Kreis der Traumatisierten im Weisungssinn vergrößerte, wurde am Nachmittag von einer Rechtsanwältin an den Berliner Flüchtlingsrat gefaxt und von dort dann am Abend weiter an wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Alle Unterstützerinnen und Unterstützer konnten am Folgetag die bosnischen Flüchtlinge über die gelockerten Anforderungen der neuen Weisung und die besseren Aussichten auf eine Aufenthaltsbefugnis informieren. Die selbe Rechtsanwältin stellte die Gutachten des Polizeiärztlichen Dienstes für die Studie von Angelika Birck zur Verfügung, in der sie die Stellungnahmen des Berliner Polizeiärztlichen Dienstes denen von niedergelassenen Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen gegenüberstellte (Birck 2000). Diese Daten wurden von den Unterstützerinnen und Unterstützern der Flüchtlinge in ihren argumentativen Auseinandersetzungen mit der Senatsverwaltung für Inneres genutzt und öffentlich kontrovers diskutiert. Die Senatsverwaltung verwies hingegen darauf, dass der Polizeiärztliche Dienst aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht keine Stellungnahmen schreibe und nur kurze Einschätzungen zur Reise(un)fähigkeit oder den überprüften Attesten an die Ausländerbehörde zurückmelde. Deshalb wären die Begutachtungsergebnisse des

enthielt die Version der Ärztekammer vom März 2005 und die Liste der Psychotherapeutenkammer vom November 2004 (ABH 2008a: 524 ff.).<sup>241</sup>

In der neuesten Version vom Oktober 2007 war aus der „Vorläufigen Übergangsliste für qualifizierte Psychologen/Psychotherapeuten zur Erstellung psychologisch-gutachterlicher Stellungnahmen für traumatisierte Bürgerkriegsflüchtlinge“ die „Liste der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin [für] Psychologisch-gutachterliche Stellungnahmen von psychisch-reaktiven Traumafolgen bei Bürgerkriegsflüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ geworden. Noch im Jahr 2004 war es eine Übergangsliste und die Expertinnen und Experten, die auf ihr zu finden waren, begutachteten der Überschrift nach von vornherein traumatisierte Bürgerkriegsflüchtlinge.<sup>242</sup> Erst im Jahr 2007, als kaum noch Stellungnahmen angefragt wurden, wurde der Listenname geändert; damit wurde das Ergebnis der Begutachtung im Titel offen gelassen und die Liste war auch nicht mehr vorläufig.

Es war niemand von den Listen durch die Kammern gestrichen worden, weil sie oder er Gefälligkeitsgutachten erstellt hätte. Herr Hampel bezog sich wahrscheinlich auf den Approbationsverlust von Herrn K., dem jugoslawischen Allgemeinarzt, und die Anschuldigungen gegen Herrn Dr. B.. Allerdings stand Herr Dr. B. nie auf der Liste der Berliner Ärztekammer.<sup>243</sup> Er hatte zwar versucht, aufgenommen zu werden, doch die von ihm eingereichten drei Gutachten wurden nicht anerkannt, weil sie zu alt waren. Viele seiner Kolleginnen und Kollegen, die auf der ersten Liste der Ärztekammer standen, konnten sicherlich ebenfalls nur ältere Gutachten vorweisen oder noch nicht einmal solche. Nur so war es möglich, zwei Listen mit 30 bis 40 Spezialistinnen und Spezialisten innerhalb von zwei Monaten zu erstellen.<sup>244</sup> Doch in Anbetracht der Stimmung, in der über seine Praxis diskutiert wurde, tat sich die Ärztekammer verständlicherweise schwer, ihn mit auf ihre Liste zu setzen. Für die Senatsverwaltung für Inneres wäre dies inakzeptabel gewesen, denn dann hätten über 70 Prozent aller eingereichten Attestierungen (Abgeordnetenhaus Berlin 06.07.2000: 6)<sup>245</sup> anerkannt werden müssen und die Auseinandersetzungen der vorangegangenen Jahre wären substanzlos gewesen.

Im Nachhinein haben Herrn Dr. B. viele Flüchtlinge ihren Verbleib in Berlin zu verdanken, da er

---

Polizeiärztlichen Dienstes nicht mit ärztlichen oder psychologischen Stellungnahmen niedergelassener Psy-Vertreterinnen und -Vertreter vergleichbar (Abgeordnetenhaus Berlin 06.07.2000: 7).

<sup>241</sup> Die Berliner Kammer der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten hielt sogar eine aktuelle Version vom Oktober 2007 auf ihrer Homepage bereit (Psychotherapeutenkammer Berlin 2007).

<sup>242</sup> Dass es sich in erster Linie um bosnische (traumatisierte) Bürgerkriegsflüchtlinge handelte und nicht kosovo-albanische oder palästinensische zum Beispiel, macht die zweisprachige Aufforderung in Deutsch und Bosnisch, nicht ohne zuvor telefonisch vereinbarten Termin bei den Behandelnden oder Begutachtenden zu erscheinen, am Ende der Liste klar.

<sup>243</sup> Auch Herr K. stand nicht auf der Liste der Berliner Ärztekammer, da er schon vor ihrer Erstellung seine Approbation verlor.

<sup>244</sup> Die Entstehung der Listen wurde nicht dokumentiert. Aus den Gesprächen mit den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern, die auf den Listen standen, schließe ich, dass die ersten Listen nach Interessenbekundungen entstanden und Nachweise später erbracht wurden.

<sup>245</sup> Diese Zahl war realistisch, auch wenn sie die Senatsverwaltung für Inneres skeptisch machte. Auch drei Viertel meiner Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner waren (unter anderem) bei Herrn Dr. B. in Behandlung. Dass seine Atteste nicht sieben Seiten umfassten, sondern auf eine ärztliche Bescheinigung von Postkartengröße passten und sich inhaltlich stark ähnelten, war bei der Menge der Schriftstücke fast selbsterklärend.

sehr früh eine „Posttraumatische Belastungsstörung, nach ICD-10 (F43.2)“ attestierte und es mit diesen Attesten in den Ausländerakten einen ersten Hinweis auf eine mögliche Traumatisierung der Betroffenen gab, dem nachgegangen und der dann später in längeren Stellungnahmen nochmals bestätigt wurde. Dass jedoch selbst die Stellungnahmen der Listengutachterinnen und -gutachter unter dem Verdacht standen, Gefälligkeitsgutachten zu sein, und die Innenverwaltung sich geradezu zur Zurückhaltung bei Zweifeln an den ärztlichen oder psychologischen Stellungnahmen zwang, es aber mit einer gewissen Genugtuung sah, wenn das Verwaltungsgericht Stellungnahmen infrage stellte, zeigt, wie groß die Vorbehalte immer noch waren. Gleichzeitig unterstreicht es, dass kein ähnliches Verständnis vom Gegenstand, in diesem Fall der Posttraumatischen Belastungsstörung, gefunden werden musste. Nicht einmal für einen gemeinsamen Passagepunkt (Star/Griesemer 1989), der mit den Kammerlisten gefunden wurde, brauchte es einen Konsens zwischen den Akteuren. Allerdings hätte eine Übereinstimmung die Kooperation erleichtert. Aber auch so wurden Wege, zu kooperieren, gefunden, eben weil beide Seiten spezielle Interessen hatten, die sie nur miteinander durchsetzen konnten.

Weisungen, die Ausnahmefälle schafften, bedeuteten zusätzliche Arbeit für die Ausländerbehörde. Bei der Weisung zu den traumatisierten Bosnierinnen und Bosniern wurden zudem auswärtige Expertisen notwendig. Das hätte funktioniert, wenn es Einzelfälle geblieben wären. So hatte z. B. Frau Bašić keinerlei Probleme mit der Ausländerbehörde. Sie erhielt sofort eine Aufenthaltsbefugnis gemäß der „Traumatisiertenregelung“ der Ständigen Innenministerkonferenz des Jahres 2000 – als erste meiner Gesprächspartnerinnen und -partner und zwei Jahre vor den anderen. Sie war als Überlebende aus Srebrenica, frühzeitiges Therapiegruppenmitglied und mit einer Bestätigung der Schwere ihrer Traumatisierung durch die Psychologin des Polizeiärztlichen Dienstes die gesamte Zeit eine „traumatisierte Bosnierin“ im Weisungssinn. Problematisch war die Vielzahl der geltend gemachten Traumatisierungen, vor allem nachdem der Ausreisedruck zunahm und die Ausländerbehörde den Eindruck gewann, dass sich die Flüchtlinge diesem Druck über die Atteste entzogen und die attestierenden Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sie darin unterstützten. Ein Vorwurf der Ausländerbeauftragten, Frau Professor John, an die Flüchtlingsberatungsstellen in Berlin lautete, dass sie eine Bleibeberatung anboten (Hohlfeld 2008: 152). Auch in einer Stellungnahme der Senatsverwaltung für Inneres zur Situation der bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge vom Frühjahr 2000 wurde darauf hingewiesen, dass es immer noch viele Flüchtlinge in Berlin gäbe, weil „Hierbleibe-Beratung“ gemacht würde und die Unterstützungsstrukturen ein „enges Beratungsgeflecht verschiedener Organisationen“ bildeten.<sup>246</sup> So hatte sich das die Senatsverwaltung, die die psycho-sozialen Angebote anfangs finanzierte, nicht vorgestellt.

Und mit der Zahl der Stellungnahmen dann, die geschrieben wurden, kamen vonseiten der Behörden immer mehr Distanz auf und mehr Misstrauen und Zweifel. Wie kann es denn sein, so viele Traumatisierte in einer so großen Zahl? Oder dann gab es auch natürlich widersprüchliche, oder scheinbare Widersprüche in, zum Beispiel in der Aktenlage bei der Ausländerbehörde und in einer Stellungnahme vom Behandlungszentrum, die man unter Umständen hätte aufklären können.

---

<sup>246</sup> Vorlage für die Vorbereitung eines Gesprächs am 31.03.2000 vom 27.03.2000 zur Planung des weiteren Vorgehens bezüglich der ehemaligen bosnischen Kriegsflüchtlinge auf S. 7 (Akte der Senatsverwaltung für Inneres).

(Herr W.)

Der Psychologe Herr W. setzte die Skepsis der Behörde mit der Zunahme der Attestierungen in Zusammenhang und meinte, dass entstandene Widersprüche sich hätten aufklären lassen, wenn der nötige Wille hierzu vorhanden gewesen wäre. Die Ausländerbehörde war aber von Anfang an ebenso überlastet wie die Senatsverwaltung für Inneres, wie die in der Akte vermerkten Teilnahmeabsagen am Runden Tisch „aus Zeitmangel“ illustrierten. Deshalb fehlte auch die Zeit für einen Dialog mit den Betroffenen selbst, denen ohnehin mit einem hohen Maß an Misstrauen begegnet wurde, als auch mit den Institutionen und Personen, die die Flüchtlinge unterstützten. In der Konsequenz blieben Verhandlungsspielräume systematisch ungenutzt, um weiteren unsystematischen Druck<sup>247</sup> aufzubauen und das Leben für die Flüchtlinge in Berlin möglichst unattraktiv zu machen.<sup>248</sup>

Mit der Zunahme der Attestierungen hätte es eigentlich mehr Gesprächsstoff für beide Seiten gegeben, um das weitere Vorgehen miteinander abzustimmen. Da beide jedoch gegenüber der anderen Seite zunehmend Forderungen und Anschuldigungen formulierten, verlagerte sich die Machtprobe in die juristische Arena. Die Ausländerbehörde wurde wegen der Nichtumsetzung der Weisungen von den Flüchtlingen auf Anraten der Beratungsstellen und von spezialisierten Anwältinnen und Anwälten, die vor allem bosnische traumatisierte Flüchtlinge vertraten und ebenfalls eng mit den Behandelnden zusammenarbeiteten, mit Klagen überhäuft. Wie im Abschnitt über die Lebenswelten beschrieben, hatten viele meiner bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner Erfahrungen mit Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten.<sup>249</sup>

### **6.1.2 Übersetzung zwei – von den Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten zu den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern**

Nicht nur die Senatsverwaltung für Inneres musste sich damit auseinandersetzen, was Traumatisierung in klinischen Kategorien war und wie und von wem sie diagnostiziert werden musste. Die Weisungen diesbezüglich ließen auch die Flüchtlingsberatungsstellen sowohl nach neuen als auch nach weiteren Behandlungsangeboten suchen und die Flüchtlinge dazu auffordern, Atteste auf der Ausländerbehörde einzureichen. Von Anfang an war klar, dass psychotherapeutisch

<sup>247</sup> Auch in der gerade zitierten Vorlage wurde unter „Gründe[n] für die weiterhin hohe Bestandszahl von Flüchtlingen/Probleme im Rahmen der Erhöhung der Abschiebezahlen“ auf S. 8 auf die „Inkonsistenz der in Berlin betriebenen Flüchtlingspolitik“ hingewiesen (ebd., Akte der Senatsverwaltung für Inneres).

<sup>248</sup> Während des zweiten kurzen Gesprächs mit Herrn Hampel meinte er, dass vor allem die Akten von Menschen geprüft wurden, die die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Ausländerbehörde „auf dem Kieker“ hatten. Insbesondere Personen, die ihre Rechte einforderten und sich gegen Behördenwillkür zur Wehr setzten, fielen auf. In der Akte der Senatsverwaltung für Inneres stieß ich bei der Suche nach einer Stellungnahme der Senatsverwaltung zur Praxis des Polizeiärztlichen Dienstes für eine Parlamentsdebatte vom 13.06.2000, die ich nicht fand, auf einen solchen Fall. Ich kenne die Familie, weil sie an beiden Studien, die ich realisierte, teilnahm. Sie gelangte im Jahr 2000 ins Visier der Behörde, weil ein Familienmitglied nicht angezeigt hatte, dass es auch einen kroatischen Pass besaß und mit diesem reiste. Dass die Familie am Ende doch eine Aufenthaltsbefugnis erhielt, zeigt, dass sich die Ausländerbehörde nicht immer durchsetzen konnte und ihr Handlungsspielraum – trotz Unstimmigkeiten in den Akten – am Ende begrenzt war, vor allem bei Menschen, die die Unterstützungsstrukturen intensiv nutzten.

<sup>249</sup> Die Kooperation zwischen Rechtsanwältinnen bzw. Rechtsanwälten und Behandelnden zeigte das Zitat von Frau Nuhanović. Ihre Söhne sollten die Atteste bringen, damit eingeschätzt werden konnte, ob die attestierten Krankheiten, insbesondere eine Posttraumatische Belastungsstörung, dazu benutzt werden konnten, eine Visumsverlängerung zu beantragen oder einzuklagen (S. 71). Herrn Šeferović ging es genauso (S. 72), Herrn Tomić ähnlich (S. 70).

gearbeitet werden musste (Bundesrat 15.12.1992: 3; Abgeordnetenhaus Berlin 02.11.1993). Die Forderungen in politischen Gremien gingen auf die Anfangsjahre der bosnischen Flüchtlinge in Berlin zurück. Vor allem Psychologinnen und Psychologen, aber auch Ärztinnen und Ärzte boten sich als Spezialistinnen und Spezialisten für die psychischen Folgen der Kriegs- und Fluchterfahrungen an. Politikerinnen und Politiker erkannten diese Zuständigkeit von Psy-Vertreterinnen und -Vertreter an und finanzierten die Anwendung und Verbreitung psychologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachwissens zum Beispiel durch die Unterstützung psycho-sozialer Projekte für die bosnischen Flüchtlinge (Abgeordnetenhaus Berlin 14.10.1994). Ihr neues Betätigungsfeld machte es für die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter notwendig, sich mit ausländerrechtlichen Zwängen und Möglichkeiten auseinanderzusetzen. Dies geschah oft in Kooperation mit Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, wie es Frau R. im Gespräch beschrieb:

Also ich habe mir auch im Laufe der Jahre mehr angewöhnt, mit den Rechtsanwälten zusammenzuarbeiten, weil es einfach keinen Sinn macht, dass ich denke, ich weiß schon wie so eine Stellungnahme geschrieben wird. Und dann ist für mich klar, wenn ich sage, der Vater von Frau Soundso hat einen Suizid verübt, also gehört Frau Soundso zur Gruppe von besonders verletzlichen Menschen. Das muss dann nochmal extra ausgeführt werden, genetische Belastung und Umweltfaktoren und so weiter. Für mich und für dich ist das irgendwie klar, und wenn es einen Gutachter gäbe, wäre das auch klar, aber für Juristen ist es nicht automatisch klar. [...] Und von den Juristen habe ich dann schon auch gelernt, dass die Sachbearbeiterinnen der Ausländerbehörde so infam mit Unterstellungen sein müssen, damit sie überhaupt Ausweisungsandrohungen schreiben können, damit dann überhaupt so eine komische Dynamik in Gang kommt. Aber dabei ist das etwas, was mich nach wie vor wirklich immer wieder zutiefst schockiert. Gerade wenn die Leute genau wissen, dass es sich um psychisch Kranke handelt. Und das ist so was, was ich irgendwie sehr seltsam finde, und dass ich bis heute noch nicht so richtig verstanden habe, warum man so mit den Leuten umgeht. (Frau R.)

Die Bedeutung der Attestierungen für die Flüchtlinge wurde von den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erkannt. Sie nahmen diese Rolle ernst und bemühten sich, möglichst eindeutige Atteste zu verfassen. Dazu schrieben sie ihre fachlichen Einschätzungen ausführlicher und allgemeinverständlicher, um sie auch für ein nichtklinisches Publikum nachvollziehbar zu machen. Es waren erneut Übersetzungen notwendig, um eine gemeinsame Arbeitsbasis zu schaffen. Zum Schutz ihrer Klientinnen und Klienten vor einer Abschiebung kooperierten Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen. Im obigen Zitat wurde deutlich, dass die Gegenseite, in diesem Fall die Berliner Ausländerbehörde, immer in die Überlegungen mit einbezogen wurde und dass versucht wurde, ihre Standpunkte zu verstehen und mögliche Reaktionen vorweg zu nehmen, auch wenn Frau R. am Ende des Zitats sagte, dass sie die Praxis der Behörde weiterhin entrüste. Eine andere Interviewpassage, in der Frau A. ihre Sensibilisierungsarbeit in der Verwaltung beschrieb, verdeutlichte ebenfalls, dass die Unterstützerinnen und Unterstützer die Verwaltungslogik rezipierten:

Und dann gab es am Anfang auch den Versuch mit der Innenverwaltung zu verhandeln, und da haben wir uns Strategien überlegt. Dadurch dass ich auch in der Verwaltung arbeite, kann ich Verwaltungshandeln gut verstehen. Und dann haben wir überlegt, wen kann man anschreiben, wie muss man anschreiben. Wie sind die korrekten Formen, worauf muss man achten, mit wem muss man nicht verhandeln, mit wem darf man, wen darf man nicht übergehen und was können so



Forderungen sein. (Frau A.)

Mit der Senatsverwaltung für Inneres wurde vonseiten der behandelnden Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Disziplinen nicht unvorbereitet verhandelt, sondern es wurden Strategien geplant. Frau A. kannte Verwaltungshandeln aus eigenen Erfahrungen, wenn auch aus einem anderen Ressort der Berliner Verwaltung, die durchaus unterschiedlich agierten: So fand im Rahmen der Absprache zum Umgang mit den Attestierungen die Ausländerbehörde die Offenlegung von Angaben zu psychischen Erkrankungen unproblematisch, die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales drängte hingegen auf einen vertraulichen Umgang mit diesen Daten (vgl. S. 183). Neben Frau A. beschrieb auch Herr W. die Treffen mit der Senatsverwaltung für Inneres als einen Versuch, Verständnis füreinander zu entwickeln und miteinander ins Gespräch zu kommen. Insbesondere sollten aber die Ansichten der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter der Senatsverwaltung für Inneres nahe gebracht werden und nicht umgekehrt. Dazu mussten aber die Argumentationslinien der Senatsverwaltung für Inneres bekannt sein, bzw. verstanden werden.

Deshalb fand neben der in den vorangehenden Kapiteln beschriebenen Wissensvermittlung zur Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung und ihrer Attestierung der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter an Kolleginnen und Kollegen, an die Verwaltung und an die Flüchtlinge noch ein weiterer Wissenstransfer statt. Dieser hatte die umgekehrte Richtung und richtete sich an die behandelnden Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzte. Ihnen wurde das Wissen über die verfahrensrechtlichen Regelungen und Notwendigkeiten von Rechtsanwältinnen, Rechtsanwälten und Flüchtlingsberatungsstellen vermittelt. Sowohl Herr W. als auch Frau R. betonten die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten. Herr W. referierte die verschiedenen in der Arbeit mit Flüchtlingen und Asylbewerberinnen und -bewerbern relevanten Paragraphen:

Also aufgrund der Verfolgung wegen Rasse, Religion und so weiter. Dieser Flüchtlingsbegriff ist eigentlich weiter als unser im Asylrecht, von daher fallen viele, die nicht unter den 16a Grundgesetz fallen, unter den Paragraphen 51 und können also, auch wenn 16a nicht gewährt wurde, trotzdem nicht abgeschoben werden. Und dann gab es noch den Paragraphen 53, Absatz 6 glaube ich, 4 und 6, und das war bei vielen relevant, dass jemand also nicht abgeschoben werden darf, auch wenn die anderen beiden Paragraphen nicht greifen, wenn er bei einer Abschiebung also mit erneuter Folter oder einer Gesundheitsverschlechterung zu rechnen hat. (Herr W.)

Herr W. als Psychologe zählte die verschiedenen gesetzlichen Grundlagen auf, aufgrund derer Asylbewerberinnen bzw. Asylbewerber oder Flüchtlinge einen Aufenthalt erhalten könnten, oder eine Abschiebung nicht durchsetzbar ist. Dieses musste er nicht ins Attest schreiben. Das übernahmen die Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte in ihren Begleitschreiben. Würde Herr W. die Paragraphen in seinen Stellungnahmen zitieren, wäre klar, dass er nicht unabhängig war, sondern von vornherein im Hinblick auf eine Aufenthaltsgewährung argumentierte. Er würde als Psychologe eindeutig sein Fachgebiet verlassen. Trotzdem hatte Herr W. diese Paragraphen im Kopf, wenn er ein Attest für Flüchtlinge oder Asylbewerberinnen bzw. Asylbewerber verfasste. In diesen rechtlichen Rahmen musste seine Expertise passen, um zu wirken und von der Ausländerbehörde oder einem Verwaltungsgericht als Beweis für die Schutzbedürftigkeit der beschriebenen Klientin oder des beschriebenen Klienten anerkannt zu werden. Für Verwaltungsvertreterinnen und

Verwaltungsvertreter mutet seine Aufzählung der verschiedenen Paragraphen des Grundgesetzes und Ausländerrechts wahrscheinlich relativ unzusammenhängend an. Sie verdeutlicht, dass Herr W. kein Jurist oder Verwaltungsfachangestellter war. Ähnlich unzusammenhängend waren aber auch die Weisungen der Senatsverwaltung für Inneres hinsichtlich der Diagnose und Psychotherapie einer Posttraumatischen Belastungsstörung aus der Sicht von Psy-Vertreterinnen und -Vertretern formuliert. Und mit dieser unvollständigen und fachfremden Definition ließ er ungewollt einen Interpretationsraum. Herr W. fuhr fort:

Und da ist es dann relevant oder, und auch wichtig zu beurteilen, ob jemand, der traumatisiert ist, im Fall einer Abschiebung entweder erneut mit Verfolgungsmaßnahmen rechnen muss. Das entzieht sich häufig unserer Kenntnis. Aber was wir ja prognostisch schon für Urteile abgeben können, ist, was passiert, wenn ein Traumatisierter zum Beispiel an den Ort der Traumatisierung gegen seinen Willen zurückkehren muss. Da kann man sich viele Konstellationen vorstellen, die da eine Prognose beeinflussen, zum Beispiel, zum einen wie ist der bisherige Therapieerfolg oder Behandlungserfolg. Gab es ihn überhaupt, gab es keinen? Wie ist das Trauma integriert in die Gesamtpersönlichkeit? Ist mit einer Konfrontation mit den Tätern vor Ort zu rechnen. Solche Fragen spielen dann da mehr eine Rolle. Bei den Bosniern muss man sich einfach nur mehr konzentrieren, also liegt eine Traumatisierung aufgrund von Kriegserlebnissen vor und leidet die Person heute noch unter der Traumatisierung. Und das sind andere Schwerpunkte. (Herr W.)

Es waren nicht die Paragraphen an sich, sondern die antizipierte Zukunftsperspektive, die einen Aufenthalt ermöglicht. Dass sich jedoch ein Psychologe mit der Frage auseinandersetzte, ob bei einer Rückkehr mit einer Konfrontation mit Täterinnen bzw. Tätern zu rechnen war, zeigte den neuen Fokus der Attestierungen. Darüber hatte das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFl), oder seine Nachfolgerin das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), die Ausländerbehörde oder das Gericht zu entscheiden. Psy-Vertreterinnen und -Vertreter in der Flüchtlingsarbeit machten aber dennoch auf diese Gefahr aufmerksam, weil sie wussten, dass dies für aufenthaltsrechtliche Entscheidungen von Bedeutung war. Sie nahmen in ihren Attesten die möglichen juristischen Argumentationen vorweg oder gaben sie implizit vor. Da den Psychotherapien keine Integration des „Traumas in die Gesamtpersönlichkeit“ gelang und wegen des unsicheren Aufenthalts auch nicht gelingen konnte, reduzierte sich die Attestierung auf die Prognose von Zustandsverschlechterungen bei einer Abschiebung oder Rückkehr.

Dabei mussten sich die Attestierenden bei Bosnierinnen und Bosniern „einfach mehr konzentrieren“, sagte Herr W. und meint damit die abweichende Attestierungspraxis bei Bosnierinnen und Bosniern, bei denen es „nur“ um die Feststellung der Kriegstraumatisierung und eines Behandlungsbedarfs ging. Im Asylverfahren war die Gefahr für die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter größer, mit unpräzisen Äußerungen oder zu starken Setzungen angreifbar zu werden. Sowohl die Ausländerbehörde als auch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und auch die Verwaltungsgerichte forderten Fakten, Tatsachen und Einschätzungen, auf deren Grundlage sie entscheiden konnten. Es reichte kein „Herr X. sagt, dass ihn der Gedanke an eine Rückkehr stark aufregt, weil er keine Perspektive für sich und seine Familie sieht“, sondern es muss ein „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wird Herr X. durch die Rückkehr retraumatisiert“<sup>250</sup> sein. Im Asylverfahren ging es nicht, wie bei den bosnischen

<sup>250</sup> Retraumatisierung ist ein neueres unklare Konzept. Es ist keine diagnostische Kategorie und das unter anderem

Bürgerkriegsflüchtlingen, um die reine Diagnostik, sondern den Entwurf und die Interpretation von Zukunftsszenarien.<sup>251</sup>

Die Verschiebung auf ein Krankheitsasyl resultierte aus dem politischen Unwillen, Flüchtlinge aufzunehmen. Stattdessen wurde ein Gnadenasyl für Kranke gewährt, wenn sie eine lebensbedrohliche Krankheit hatten, die in ihrem Herkunftsland nicht (adäquat) behandelt werden konnte. Diese Einschätzung oblag zum Großteil sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Psychologinnen und Psychologen, die eine Therapie verordneten. Von ihren Attesten – und vor allem von den von ihnen entworfenen Zukunftsszenarien –, hing die Asyl- und Aufenthaltsgewährung ab. Die Zukunftsperspektive der Erkrankten wurde wichtig, nicht die politische Verfolgung oder Vertreibung. Deshalb wurde der hypothetische Verlauf einer psychischen Erkrankung bei einer Abschiebung ins Herkunftsland beschrieben. Beispiele für solche Entwürfe von Rückkehrszenarien in Stellungnahmen finden sich in Haenel und Wenk-Ansohn (2004: 252 und 276 f.).

Dabei waren Übersetzungen eine Voraussetzung und gleichzeitig keine Einbahnstraße. Beide Seiten lernten voneinander und passten ihre Argumentationen aneinander an. In den Zitaten des Vertreters der Senatsverwaltung für Inneres und der Psy-Expertinnen und -Experten wurde bereits jeweils die andere Seite implizit – zum Teil auch explizit – mitgedacht und deren Argumentation reproduziert bzw. auf sie geantwortet. Auch im Hinblick auf das Flüchtlingsrecht war eine Aneignung durch die behandelnden Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzte beschreibbar und eine Übersetzung in ihre Arbeitspraxis. Herr W. zählte die Paragraphen auf und kombinierte die Argumentationslinien von Psy-Vertreterinnen und -Vertretern mit denen der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Frau R. sagte, dass sie sich angewöhnt hätte, mit Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte zusammenzuarbeiten. Frau P. tat dies ebenfalls, wobei ihre Beratungsstelle parallel einen Rechtsexperten beschäftigte und so die multidisziplinäre Begleitung der Flüchtlinge sicherstellte.

Im Gegensatz zu den konfrontativ ablaufenden Übersetzungen zwischen Verwaltung und Psy-Vertreterinnen und -Vertretern, waren die Übersetzungen zwischen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, die Flüchtlinge vertraten, und den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern, die Flüchtlinge behandelten, sehr viel einfacher, denn beide hatten mit der Erreichung eines Aufenthalts für ihre Klientinnen und Klienten das gleiche Ziel. Deshalb wurden die Expertise und Konzepte der anderen Seite, sowohl Paragraphen als auch Diagnostik, nicht angezweifelt. Eine befreundete Rechtsanwältin beschrieb es als positiv, dass es die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung als Argumentationsmöglichkeit gab, denn außer ihr gebe es kaum Möglichkeiten, ein humanitäres

---

deshalb, weil es sich nicht von einer Symptomverschlechterung aufgrund äußerer Einflüsse abgrenzen lässt. Es ist nicht eindeutig feststellbar, ob die posttraumatischen Symptome vollkommen verschwunden waren und dann wieder auftraten, oder immer vorhanden waren und intensiver wurden. Die Elastizität der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ verhindert die Formulierung von „Retraumatisierung“ als abgrenzbares Phänomen.

<sup>251</sup> Das Erkrankungsrisiko musste von den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern eingeschätzt werden und wurde von den Verwaltungsspezialistinnen und -spezialisten oder Gerichten anerkannt oder angezweifelt. Der Aufenthaltsdiskurs findet in einer Risikogesellschaft (Beck 1986) statt. Die wissenschaftlich (psychologisch, psychiatrisch) prognostizierte Zukunft ist für gegenwärtige Entscheidungen ausschlaggebend, nicht die Vergangenheit (z. B. die Vertreibung) und auch nicht die Gegenwart (z. B. langjähriger Aufenthalt in Berlin).

Bleiberecht zu erstreiten. Genau diese Argumentation halte ich für kritikwürdig: Humanität fällt damit politischem Kalkül und finanziellen Erwägungen zum Opfer, denn die bosnischen Flüchtlinge wurden in Deutschland nicht aufgenommen, weil keine Arbeitskräfte benötigt wurden und die Finanzierung von Unterkunft und Verpflegung die öffentlichen Haushalte belastete. Die nach mehreren Jahren gefundene Notlösung wurde als humanitäre Geste verkauft und von allen Seiten als Erfolg verbucht. Dies ignoriert die Bedürfnisse der aus Bosnien und anderen Ländern stammenden Menschen, die Objekte dieser Humanität. In den Gesprächen wurde klar, dass die Flüchtlinge keine Almosen wollten, sondern ein selbstbestimmtes Leben mit freier Wohnsitzwahl und einem Recht auf Arbeit. Da sie dies auf keine andere Art erlangen konnten als über eine Psychotherapie und die Attestierung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, entwickelten sie Taktiken des persönlichen Umgangs mit Attesten und Therapierenden, um in den Genuss von Rechten zu kommen, die keine humanitäre Geste sein sollten, sondern für alle gleichermaßen geltende Grundrechte.

## **6.2 Machtverschiebungen**

*Ich denke auch daran, wie das so gebieterische System der Straffjustiz seine Grundlage oder seine Rechtfertigung zunächst in einer Theorie des Rechts und seit dem 19. Jahrhundert in einem soziologischen, psychologischen, medizinischen, psychiatrischen Wissen sucht: als ob selbst das Wort des Gesetzes in unserer Gesellschaft nur noch durch einen Diskurs der Wahrheit autorisiert werden könnte*  
(Foucault 1997: 16).

Michel Foucault formulierte und begriff wissenschaftlich erzeugte Wahrheiten als modernes Ausschlussystem (ebd.) und beschrieb in seinem Buch „Der Wille zum Wissen“ exemplarisch den Anspruch der Wissenschaften, Wahrheit zu erzeugen sowie ihr Vorgehen dabei (Foucault 1983). Dazu benutzte er das Bild der „Oberflächen ihres Auftauchens“ (Foucault 1981: 62) und meint damit die Entstehung neuer Themen, mit denen sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beschäftigen. Es geht um den Moment, in dem neue Diskursthemen auftauchen, neue Phänomene beschrieben oder anders als bisher begriffen werden. Nikolas Rose forderte, wie auch Foucault, eine Analyse dieser Momente von Veränderungen und Neuerungen in Diskursen (Rose 1998: 70).

In den vorangegangenen Kapiteln habe ich neu entstehende diskursive Formationen, ihre Beziehungen untereinander und ihre Überschneidungen mit anderen Diskursen (Foucault 1981) beschrieben. So wurden die schweren Lebensereignisse der bosnischen Flüchtlinge als krank machend problematisiert und ihre Behandlung durch Psy-Vertreterinnen und -Vertreter als Problemlösung angeboten. Gleichzeitig wurde die als notwendig erachtete Psychotherapie genutzt, um einen sicheren Aufenthalt für die Flüchtlinge zu fordern, da eine Therapie mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus nicht helfen könne. Diese Argumentationslinien waren zwar nicht zwingend, wurden aber von allen Seiten anerkannt. Und so tauchte ein neues Thema auf: Flüchtlinge, die Grausamkeiten und Verluste (üb-)erlebt hatten, waren traumatisiert und traumatisierte Flüchtlinge brauchten einen Aufenthaltsstatus, um zu genesen.

Wissenschaftlich erzeugtes Wissen sicherte Einfluss in der Gesellschaft und bildete die Grundlage

von Körper- und Biopolitiken, die für Foucault zwei Pole darstellten, die durch „ein Bündel von Zwischenbeziehungen“ verbunden sind (Foucault 1983: 166). Unter Politiken verstand er Regulierungsstrategien, die Verhaltensmöglichkeiten von Menschen vorschreiben und Abweichungen sanktionieren. Beide Politiken, die auf individuelle Körper gerichteten Körperpolitiken und die auf eine Gemeinschaft gerichteten Biopolitiken, waren im Verwaltungsumgang mit den bosnischen Flüchtlingen vorhanden. Zum einen wurden sie als Fremde aus dem „nationalen Körper“ und auch aus dem Berliner Gemeinwesen ausgeschlossen. Sie sollten nicht dazugehören, weshalb ihre Partizipation durch Arbeitsverbot und Wohnheimunterbringung unterbunden wurde. Parallel dazu wurden ihre Körper sowohl über die räumliche Beschränkung kontrolliert, die gewährleisten sollte, dass die Flüchtlinge die Stadt nicht unregistriert verließen, als auch über den Zwang des regelmäßigen Vorstelligwerdens auf der Ausländerbehörde zur Duldungsverlängerung. Hier war der Zugriff auf die Individuen gesichert und auch die frühmorgendlichen Abschiebeaktionen wurden damit gerechtfertigt, dass die Festnahmequote höher wäre, denn nachts würden sich die Flüchtlinge am Ort ihrer Meldeadresse befinden.<sup>252</sup>

Diese umfassenden Zugriffsmöglichkeiten der Behörden wurden durch die Attestierungen der Behandelnden eingeschränkt, denn sie setzten ihnen psychologische und psychiatrische Expertisen entgegen, die den Betroffenen Schutz gewährten. Die Ausländerbehörde konnte traumatisierte Bosnierinnen und Bosnier nicht nach eigenem Ermessen abschieben. Die Atteste mussten durch weitere Begutachtungen bestätigt oder widerlegt werden. Erst nach erneuter Aktenschau wurde entschieden, ob eine Abschiebung vertretbar war. In verwaltungsrechtlichen Verfahren wurden Expertinnen- und Expertenmeinungen durch Richterinnen und Richter selbstverständlich eingeholt, weil es seit dem 19. Jahrhundert zum Standard gehörte, Entscheidungen aufgrund wissenschaftlicher Meinungen zu treffen. Diese Entwicklung benannte Foucault im Zitat, das diesem Kapitel vorangestellt ist, für die Strafjustiz. Für die Verwaltungsjustiz galt dies im gleichen Maß, für die Verwaltungen selbst war es allerdings (noch) nicht alltäglich.

Die Berliner Ausländerbehörde betrachtete die Attestierungen der Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Disziplinen weder am Anfang noch nach Einführung des Listenverfahrens als Amtshilfe im Sinne einer Unterstützung bei der Beurteilung der Sachlage, sondern als Einmischung in ihren Hoheitsbereich. Auch wenn die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter über keine Fachkenntnisse zu psychischen Erkrankungen verfügten, so war es doch ihre und nicht die Aufgabe der behandelnden Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, über Duldungsverlängerungen und die Gewährung von Aufenthaltsbefugnissen zu entscheiden. Diese Aufgabe war ordnungs-, sprich biopolitisch, denn Zuwanderung sollte reguliert werden.

Die Attestierungen aber waren eine Einmischung in die Ordnungs-/Biopolitik, denn die behandelnden Psy-Vertreterinnen und -Vertreter forderten offen einen weiteren Verbleib der

---

<sup>252</sup> Die Innenverwaltung rechnete bei der geplanten und nicht durchgeführten Abschiebeaktion im Dezember 1996 von vornherein mit einer Festnahmequote von 50 Prozent (Akte der Senatsverwaltung für Inneres). Von den Flüchtlingen wurde auf die frühmorgendlichen Festnahmen mit der Taktik „woanders schlafen“ reagiert, um drohenden Abschiebungsversuchen zu entgehen. „Woanders schlafen“ wurde auch von Berliner Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte empfohlen, wenn sie mit einer Abschiebung ihrer Mandantinnen bzw. Mandanten rechneten (ein Beispiel in Mihok 2001: 128).

Betroffenen in der Psychotherapie. Anfänglich konnte die Psychotherapiebedürftigkeit von der Behörde als zeitweiliger Aufschub verstanden werden und wurde deshalb in den Jahren 1996/97 wohlwollend umgesetzt. Es gab nicht viele (fach-)ärztliche und psychologische Attestierungen, die vom Landesgesundheitsamt nach formalen Kriterien begutachtet wurden und dieses Verfahren funktionierte gut. Doch in den Folgemonaten und -jahren, mit steigenden Traumatisiertenzahlen und ohne ein funktionierendes Überprüfungsverfahren, wurde der Verwaltung zunehmend klar, dass es keine vorübergehende Problematik bleiben würde:

Die sollen ja eigentlich [zurückkehren, A. W.], sagen wir mal so, das hat sich ja umgekehrt. Ursprünglich ist man davon ausgegangen, dass auch Traumatisierung nur ein vorübergehender Zustand ist, der irgendwann geheilt ist. Aber in den ganzen Ärzterunden ist. Faktisch ist es so, wer unter diese Regelung gefallen ist, der hat ein Dauerbleiberecht gekriegt. Es wird dann nicht noch mal geprüft. Es erzählen mir ja auch immer die Ärzte dann, das ist nie heilbar, denn in dem Moment, wo man ihnen sagt: „du bist geheilt und morgen musst du zurück“, tritt eine Retraumatisierung ein. (Herr Hampel)

Herr Hampel machte noch einmal den Standpunkt der Verwaltung klar: Es gibt keine Zuwanderungsmöglichkeit für (schlecht qualifizierte) Flüchtlinge. Die Aufnahme erfolgte auf Zeit und alle sollten zurückkehren. Das Bleiberecht, das einige dennoch erhielten, war eine nicht vorgesehene Entwicklung, in deren Verlauf die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung argumentativ eingesetzt und der Senatsverwaltung für Inneres in einer bestimmten Art und Weise (klar diagnostizierbar, schwere psychische Erkrankung, nicht behandelbar im Herkunftsland) vermittelt wurde. Die Einsicht in die Unheilbarkeit der Krankheit kam auch den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erst mit der Zeit, im Gefolge des längeren Aufenthalts der Flüchtlinge in Berlin und in den Therapien, den instabilen Nachkriegsverhältnissen in Bosnien und der daraus resultierenden Angst vor einer Rückkehr.

Der im Zitat beschriebene Übersetzungsprozess zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der Psy-Disziplinen und der Verwaltung stellte die Grundlage für eine Machtverschiebung von der Behörde hin zu den Expertinnen und Experten dar. Bezeichnenderweise konnte sich die Behörde *nicht* gegen die Spezialistinnen und Spezialisten sowie deren Wissen – die erzeugte Wahrheit über die Erkrankung – durchsetzen und auch keine eigene Expertise etablieren. Die Begutachtung beim Polizeiarztlichen Dienst war ein gescheiterter Versuch, von dem sich auch Herr Hampel von der Senatsverwaltung für Inneres distanzierte (vgl. S. 196). Am Ende gab die Ausländerbehörde sogar ihr Endentscheidungsrecht fast gänzlich aus der Hand bzw. es wurde ihr durch die Senatsverwaltung für Inneres aus der Hand genommen, indem er sie zur Anerkennung der Stellungnahmen der Listengutachterinnen und -gutachter verpflichtete, um den Aktenrückstau aufzuarbeiten, endlich eine politisch vertretbare Lösung vorweisen zu können und die unzähligen Verwaltungsvorgänge abzuschließen.

So gewannen die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter mehr Einfluss in der Arena der Flüchtlingsarbeit, denn von ihren Stellungnahmen hing das weitere Schicksal der Flüchtlinge ab. Dermaßen einflussreich wie ihre Expertisen waren nicht einmal die ausgefeilten Argumentationen der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, die in höheren Instanzen jeweils revidiert wurden. Auch gab es keine politischen Entscheidungen, die ein humanitäres Bleiberecht für Flüchtlinge,

ungeachtet ihrer körperlichen oder seelischen Gebrechen, ermöglichte und damit ohne eine Begutachtung und Attestierung von Fachleuten. Doch jedes Wissen ist normierend: So wie die Atteste vor dem Zugriff der Behörden schützten, regulierten sie auch die Verhaltensweisen der bosnischen Flüchtlinge.

Ian Hacking sprach von Gedächtnispolitiken als einem dritten Pol, der wie Foucaults Körper- und Biopolitiken wirkt und diese ergänzt. In direktem Bezug auf das Foucault'sche Zitat vom „Bündel von Zwischenbeziehungen“ (Foucault 1983: 166) führte er aus:

The metaphor of poles and intermediary relations hardly gets at the complexities, yet I have found it useful to adopt it. What I call memoro-politics is a third extreme point from which (to continue the metaphor of mapping and surveying) we can triangulate recent knowledge. But I can't talk about three poles (for there's only North and South) unless I make a gross pun. I grow my runner beans – pole beans – on a tripod made of three poles. The lush growth at the top, as the beans planted around each pole tangle with the others, is the richest image of Foucault's "cluster of intermediary relations" (Hacking 1996: 72).<sup>253</sup>

Mit diesem Bild ändert sich die Vorstellung von der Struktur von Machtbeziehungen. Sie sind keine (gebündelten) Linien mehr, sondern organische, gewachsene und sich ständig verändernde Beziehungen. In diesem Sinne waren auch die beschriebenen Entwicklungen miteinander verwoben und schwierig voneinander zu trennen. Vieles war so eng verbunden, dass einzelne Phänomene nicht separat betrachtet werden konnten. Die Attestierungen und Behandlungen der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter sind diesem von Hacking eingeführten dritten Pol der Gedächtnispolitiken zuzuordnen. Durch sie wird auf das „Ich“ der Betroffenen zugegriffen, auf ihre Identität. Es ging um deren Selbstmanagement, wie ich es in den Abschnitten zu den Erfahrungen meiner bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner mit den psychotherapeutischen Behandlungen, ihren Neuinterpretationen und auch den Anpassungen der Therapietechniken durch die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter an ihre bosnischen Klientinnen und Klienten ausführte. In den Psychotherapien sollten Selbststeuerungstechniken vermittelt werden, die die Gedanken und Gefühle der Flüchtlinge neu ordneten und kontextualisierten. Dass dies nur teilweise gelang, da sich die Flüchtlinge auch immer wieder den Strategien der Fachleute mit vielfältigen Taktiken entzogen (Certeau 1988), zeigte ich ebenfalls auf.

Während die Verwaltung als Institution mit einem biopolitischen Auftrag auf die Anwesenheit der Körper bosnischer Flüchtlinge fokussiert war und diese im Interesse der Gattungskörper Gemeinwesen oder Nation entfernen wollte und auch ganz konkret im Sinne der Körperpolitiken auf die Körper zugriff, diese in Statistiken zählte, in Wohnheimen unterbrachte und abschoß, beeinflussten die Therapien, aus denen die Stellungnahmen zum Großteil entstanden, das Selbstverständnis der Flüchtlinge. Sie begannen sich selbst als Traumatisierte wahrzunehmen. Die Eigenschaft „traumatisiert“ wurde zu einem Teil ihres Selbstbildes. Und diese Anerkennung einer ihnen zugeschriebenen Eigenschaft war eine erneute Regulation, denn die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter entschieden (am Ende), wer einen Aufenthaltstitel erhielt. Wer sich ihrer Expertise nicht unterwarf, verwirkte damit seine Aussicht auf einen Aufenthaltsstatus. Wer seine Vorurteile den

---

<sup>253</sup> Auch Foucault dachte nicht an ein starres Beziehungsgerüst, im Gegenteil, er spricht in einer späteren Publikation von „Gewebe“ (1981: 14) und fordert eine „lebendige Offenheit der Geschichte“ (ebd. 24).

Psy-Disziplinen gegenüber nicht überwand, musste mit Abschiebung rechnen, weiterwandern, eine deutsche Staatsangehörige bzw. einen deutschen Staatsangehörigen heiraten oder freiwillig zurückkehren.

Es war das Ausweichen vor Regulationsmechanismen wie dem Arbeitsverbot, der Wohnheimunterbringung und der Abschiebung, das in einen anderen Regulationsmechanismus mündete. Obwohl die Therapien Antworten auf einen antizipierten Bedarf waren und die Attestierungen die betroffenen Flüchtlinge vor einem frühzeitigen Zugriff der Behörde schützten, sind beide Teil einer dritten Regulationsstrategie, den Gedächtnispolitiken, die Teil von Identitätspolitiken sind (Rose 1998: 39). Und dies waren sie in einem doppelten Sinn: Einerseits ist Identität an das Gedächtnis gekoppelt, die erinnerten Erlebnisse formen die Persönlichkeit. Diese Erinnerungen wurden insbesondere in den Gruppentherapien als Opfernarrativ geschaffen (vgl. S. 164). Andererseits wurde „traumatisiert“ zu einer Gruppeneigenschaft der Bosnierinnen und Bosnier und damit ebenfalls Teil ihrer Identität.

Sie begannen sich selbst als traumatisiert wahrzunehmen. „Jeder ist vor dem Tod, vor dem Morden, vor dem Grauen geflohen. Und dann ist es logisch, dass die Leute traumatisiert sind“<sup>ccc</sup> sagte Frau Marković während des Interviews, auch wenn sie mir ihre Traumatisierung nicht mit den Symptomen nach den Klassifikationssystemen erklärte. Für sie waren es existenzielle Fragen, die der Krieg aufwarf und ihre Verhaftung in den Morgenstunden durch die Berliner Polizei, die sie für einige Stunden in Abschiebegewahrsam nahm. Aber nicht nur Bosnierinnen und Bosnier in Berlin waren davon überzeugt, dass sie alle mehr oder weniger traumatisiert<sup>254</sup> waren, die gleiche Argumentation hörte ich auch in Bosnien:

Im Oktober 2003 war ich im Rahmen des ersten Forschungsprojektes, in dem ich arbeitete, in Sarajevo. Es fand ein psychiatrischer Kongress statt, auf dem einige Kolleginnen und Kollegen Vorträge hielten und im Anschluss daran ein Steuerungstreffen aller beteiligten Projektzentren. Den letzten Tag war auch ich auf dem Kongress und traf dort meine Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich zurück ins Hotel fuhr. Wir nahmen ein Taxi und der Fahrer fragte uns nach dem Einsteigen, was wir in Sarajevo machen würden. Wir sagten, dass wir vom psychiatrischen Kongress kämen und in einem Forschungsprojekt zu Kriegstraumatisierungen arbeiten würden. Daraufhin begann der Taxifahrer meiner Kollegin (Psychiaterin), meinem Kollegen (Psychologe) und mir einen Vortrag darüber zu halten, dass in Bosnien alle Menschen kriegstraumatisiert wären. Alle seien sie nervös, schreckhaft und hätten Schlafprobleme. Das wären eben die Kriegsfolgen, damit müsse jeder, den es betrifft, leben. Kürzer hätte die gängigen Symptome und Ursachen keiner meiner Fachkolleginnen und -kollegen zusammenfassen können, wie sie anerkennend beim Aussteigen kommentierten.<sup>255</sup>

Dabei gab es einen wichtigen Unterschied zwischen den beiden Krankheitsbeschreibungen. Während Frau Marković auf das Erlebte hinwies, sprach der Taxifahrer in Sarajevo von den Symptomen. Wie im zweiten Kapitel zur Diagnose beschrieben, waren es die Symptome, die die gesundheitliche Beeinträchtigung ausmachten, das Erlebte war nur wichtig, um eine Posttraumatische Belastungsstörung von einer Anpassungsstörung zu unterscheiden. Es war aber für die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter in der Flüchtlingsarbeit der Passagierpunkt: Gab es ein

<sup>254</sup> Herr Galić zum Beispiel meinte, dass er deshalb Stimmen höre und annehme, dass er ausspioniert würde (typische psychotische Symptome), weil er schwerer traumatisiert sei. Er sei einfach „tiefer in die Krankheit gefallen“.

<sup>255</sup> Diese Szene ereignete sich während des „1. Kongresses der Psychiater aus Bosnien mit internationaler Beteiligung“ vom 02.-04.10.2003 auf der Fahrt vom Tagungsort zum Hotel.



traumatisches Erlebnis, erhielten die Flüchtlinge auch die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung. Verwaltungsnahe Psy-Vertreterinnen und -Vertreter fragten hingegen nach den Symptomen, und je genauer nachgefragt wurde, desto unwahrscheinlicher wurde es, dass die Beschwerden eindeutig mit dem Erlebten zusammenhingen (vgl. S. 154). In der Konsequenz wurde die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung von verwaltungsnahen und auch klinischen Forscherinnen und Forschern, die versuchten, die Beschwerden eindeutig auf das Erlebte rückzubeziehen, seltener gestellt.

Im Berliner Aufenthaltsdiskurs wurde auf die Erlebnisse der Flüchtlinge fokussiert, denn die Symptome, insbesondere ihre Schwere, sind völlig subjektiv. Deshalb scheiterte auch die Psychologin im Polizeiärztlichen Dienst, die über die Schwere urteilte. Die Fluchtwege hingegen konnten manchmal noch anhand von Stempeln in Pässen nachvollzogen oder mit Schriftstücken in Akten von Familienmitgliedern oder Verwandten abgeglichen werden. Aus diesem Grund mussten sie in den Attesten detailliert beschrieben werden, damit sie einer möglichen Prüfung durch die Ausländerbehörde Stand hielten. Es war die Konzentration auf ihre Erzählungen, auf das erinnerte Grauen, das den Umgang mit den Bosnierinnen und Bosniern in Berlin bestimmte. Die Verbindungen von traumatisierten Bosnierinnen und Bosniern, die unvorstellbare Grausamkeiten<sup>256</sup> erlebten, und der lebensbedrohlichen Schwere der Traumatisierung, die von den Unterstützenden behauptet, aber nicht nachgeprüft wurde, konnten genutzt werden, um ein Aufenthaltsrecht aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu erwirken. Dies gelang aber nur auf lange Sicht. Kurzfristig wurde eine von Fachleuten, das heißt von Ärztinnen und Ärzten oder von Psychologinnen und Psychologen, durch Atteste bestätigte Traumatisierung zu einer Verschiebung der Abschiebung benutzt.

So wie sich die von Hacking beschriebenen Bohnenpflanzen um die drei Halt gebenden Stangen wanden und zu einem „cluster of intermediary relations“ verbanden (Hacking 1996: 72), griffen in den endgültigen Weisungen zur Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis alle drei von ihm beschriebenen Regulationsmechanismen ineinander: Es war ein biopolitisches Interesse, den traumatisierten Flüchtlingen einen Aufenthalt zu geben, damit sie selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen konnten und nicht mehr auf Transferleistungen angewiesen waren. Die anfänglich individuell regulativen Körperpolitiken wurden stark reduziert. Nichtsdestotrotz wurden einzelne Personen bei Zweifeln der Ausländerbehörde, die sich regelmäßig ergaben, zu einer erneuten Begutachtung geladen und die anerkannten Traumatisierten und ihre Familienangehörigen immer wieder zu statistischen Zwecken gezählt. Und die Gedächtnispolitiken wirkten auf die Identitäten der betroffenen Flüchtlinge. Sie nahmen sich als traumatisiert, krank und hilfsbedürftig wahr, besuchten Psychotherapien und nahmen Psychopharmaka, weil ihnen dies empfohlen wurde und es auch gleichzeitig eine Bestätigung ihres Leidens war.

In den verschiedenen von mir beschriebenen Entwicklungen und Verschiebungen wurde ihnen kein anderer Platz gelassen als der von traumatisierten Opfern. Hierin formt sich ein wichtiges

---

<sup>256</sup> Sie sind so unvorstellbar, dass sie geschildert werden müssen und damit ein Wegsehen oder Überlesen unmöglich machen. Beispiele hierfür in: Funke/Rhotert (1999: 286ff.); Maercker (1997: 58) und Hohlfeld (2008: 746 f.).

regulatives Moment, das auf den unterschiedlichen Akteursebenen reproduziert und so zu einem nicht hinterfragten Dispositiv wurde. Ein Dispositiv ist in den Worten Foucaults „ein entschieden heterogenes Ensemble, das Diskurse, Institutionen, architektonische Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze, kurz: Gesagtes ebenso wie Ungesagtes umfasst. Soweit die Elemente des Dispositivs. Das Dispositiv ist das Netz, das zwischen diesen Elementen geknüpft ist“ (Foucault 1978: 119 f.). Dieses Netz hielt die bosnischen Flüchtlinge in der Kategorie von Traumatisierten und psychisch Kranken fest.

„Weißt Du, ich war nicht so ein Kranker, denn es gibt welche, die brüsten sich damit, krank zu sein. Mich haben Bekannte ausgeschimpft: Du bist nicht in Behandlung, bekommst keine Spritzen, Tabletten“<sup>ddd</sup>, sagte Herr Džaferović. Seine von der psychologisierten und medikalisierten Norm abweichenden Verhaltensformen wurden von seinen Landsleuten kritisiert. Denn es gehörte für die meisten Flüchtlinge zum Selbstbild, traumatisiert zu sein und ärztliche und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ein „normaler“ richtiger bosnischer Flüchtling war traumatisiert, nahm Tabletten und ging in Therapie. Wer das nicht tat und trotzdem behauptete, traumatisiert zu sein, stellte damit die existierende Logik „bosnischer Flüchtling = traumatisiert = therapiebedürftig“ infrage. Herr Džaferović sagte, dass er kein typischer Kranker *war*, er sah sich also nicht mehr als solcher. Aber er machte auch klar, dass es für viele seiner Bekannten ein bleibender Zustand war, „traumatisiert“ zu sein. Er selbst hat sich nicht vollständig in diese Kategorie einfügen lassen. Weil er Ärztinnen und Ärzten generell mit Skepsis begegnete, nahm er nur die Attestierungen in Anspruch, aber nicht die Psychotherapien. Dies unterscheidet ihn von seinen ihn rühenden Bekannten und anderen meiner Gesprächspartnerinnen und -partner, die den Therapien nicht kritisch gegenüberstanden, sondern sich von den Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen und Psychologen Hilfe erhofften.

Die Annahme, dass die Krankheit von Dauer ist, stellte einen weiteren Rückkopplungseffekt dar, in dem die Flüchtlinge Argumentationen der behandelnden Psy-Vertreterinnen und -Vertreter und anderer Unterstützerinnen und Unterstützer den Behörden gegenüber reproduzierten. Ihre andauernde Hilfsbedürftigkeit rechtfertigte ihren Verbleib in Deutschland und den Aufschub ihrer Rückkehr. Die Behandelnden hatten diese Begründung ihrerseits von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten übernommen. Sie beruhte auf deren Erfahrungen mit der Auslegung der Gesetze durch Verwaltungen und Gerichte. Es war eine Kette von Rückkopplungseffekten: Auf der Basis einer restriktiven Asyl- und Flüchtlingspolitik, die als Aufenthaltsgrund nur antizipierte Gesundheitsverschlechterungen bei erzwungener Rückkehr anerkannte, wurde diese Argumentation von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten an die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter kommuniziert. Diese wiederum übernahmen diese Rechtfertigung gegenüber der Verwaltung, aber auch den Flüchtlingen erklärten sie den Grund für ihren Aufenthalt damit. Und obwohl die bosnischen Flüchtlinge diesen Aufenthaltsgrund weiterhin unlogisch fanden, arrangierten sie sich damit und reproduzierten die Kategorie, indem sie sich selbst als Traumatisierte verstanden, sich so zum Beispiel in den Gesprächen mit mir präsentierten und anderen Bosnierinnen und Bosniern das Gleiche nahe legten.

Im Grunde war es zweitrangig, ob sie sich mit dieser Kategorie identifizierten, manchmal sich nahezu darauf reduzierten, wie Herr Šeferović, oder sie kritisch hinterfragten, wie Herr Džaferović, die beide ehemalige Lagerinsassen waren. Beide Taktiken bildeten Extreme, zwischen denen es eine Vielzahl individueller Arrangements mit dem entstandenen Dispositiv gab. Am Ende erhielten sie jedoch nur mit dem Etikett „traumatisiert“ und aufgrund dieses Etiketts einen Aufenthalt. „Also im Grunde hatten diese Doktoren Psychologen Verständnis für uns. Deshalb sind wir wohl auch als Traumatisierte hier geblieben. Ob es das war, weiß ich nicht“<sup>eee</sup> wunderte sich Herr Džaferović. Für die Flüchtlinge waren die verständnisvollen Psy-Vertreterinnen und -Vertreter die Verantwortlichen für das Erreichen eines Aufenthaltstitels wichtig, allerdings unter der Voraussetzung, dass sie ihnen das Etikett „traumatisiert“ verliehen.

Auf den ersten Blick scheint die dritte Spielart der Macht, die Gedächtnispolitiken, den Interessen der Flüchtlinge zu entsprechen. Doch wie gezeigt, strebten die Flüchtlinge ursprünglich keine Psychotherapie an, sondern einen Aufenthalt und die Anerkennung ihres Leidens. Letzteres erwarteten sie von Menschen, die sich das ihnen widerfahrende Unrecht anhörten, moralisch verurteilten und sie in ihrem Weltbild bestätigen konnten, womit sich für die Betroffenen eine Symptomminderung verband. Sowohl die Verlängerung der Duldung oder den Erhalt eines Aufenthaltstitels als auch die Bestätigung ihres Leidens konnten sie nur in und mit einer Psychotherapie erreichen, sodass diese zu einer Regulationstechnik wurde, insbesondere durch die Notwendigkeit der Attestierungen und Therapieteilnahme.

Die Reglementierungen wirkten aber auch auf die, die das Wissen erzeugten und die Definitionsmacht hatten. Die Einflussnahme auf Entscheidungen der Verwaltung erreichten die Behandelnden nur durch eine Standardisierung ihrer Therapien und Begutachtungen in Form von Therapieplänen und verbindlich festgelegten Anforderungen an ihre Stellungnahmen. Star und Griesemer sehen in der Standardisierung von Verfahren eine wichtige Voraussetzung, um Aushandlungen gelingen zu lassen (Star/Griesemer 1989: 392). Wissen(schaft) konnte so Einfluss auf das Verwaltungshandeln gewinnen, musste sich aber selbst regulieren, um anerkannt zu werden. Dies trug auch zur zunehmenden Professionalisierung der Psy-Disziplinen bei, im vorliegenden Fall insbesondere in der Arbeit mit (geflüchteten) Migrantinnen und Migranten.

Seit dem [der Traumatisiertenregelung für die Bosnier, A. W.] wird das Trauma aber in politischen Kreisen und in der Verwaltung diskutiert, manchmal so, als hätte es die Verwaltung erfunden. Ja also, die hauen uns im Grunde genommen mittlerweile unsere Standards und unsere Stellungnahmen um die Ohren, weil sie der Meinung sind, sie würden formal nicht in Ordnung sein und solche Dinge. Wo wir diejenigen waren, die die Standards aufgestellt haben. (Herr K.)

Das Aufstellen von eigenen Standards schützte nicht davor, dass sich die „Gegenseite“ dieser bemächtigte und sie konsequent einforderte. Früher bemängelten die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter die vom Wortlaut der Traumatisiertenweisung abweichende Praxis der Ausländerbehörde, heute bemängeln Verwaltungsangestellte die Gutachten von Psychologinnen, Psychologen, Ärztinnen und Ärzte, wenn sie nicht den formulierten Standards entsprechen. In beiden Fällen wurden die eigenen Vorgehensanleitungen durch andere Akteure überwacht und eingefordert. Beide Seiten mussten sich an ihre eigenen Kategorisierungen halten, da sie für einen größeren Kreis von

Fachleuten galten, die sowohl auf Verwaltungsebene als auch aufseiten der Unterstützerinnen und Unterstützer allesamt mit Flüchtlingen beschäftigt waren. Es entstanden konkrete Erwartungen an die jeweiligen Expertinnen bzw. Experten, die sie erfüllen mussten, um weiterhin als solche zu gelten.

Im Ergebnis normierten und veränderten die von Spezialistinnen und Spezialisten aufgestellten Kategorien nicht nur die Subjekte, die in diese Kategorien passen (sollten), sondern auch die Fachleute selbst. Allerdings waren Letztere an der Fortsetzung des Fachdiskurses beteiligt und konnten darauf hinwirken, dass Kategorien verändert und angepasst wurden.<sup>257</sup> Auch hier gibt es Machtgefälle. So profitierten insbesondere die beiden Behandlungszentren von der endgültigen Regelung zur Attestanerkennung, denn deren Sachverstand hatte Gewicht und wurde bekräftigt, sie führten die Fortbildungen für ihre Kolleginnen und Kollegen durch, die diese erst zum Verfassen von Stellungnahmen befähigten.

Da wurde der Kompromiss 2002 glaube ich gefunden, dass man, wenn eine Stellungnahme vorliegt, die auch qualifiziert ist und das musste die Psychotherapeutenkammer garantieren, beziehungsweise die Ärztekammer. Die haben dann sogenannte Listen erstellt, auf denen die Gutachter drauf standen, die ihrer Ansicht nach qualifiziert waren. Wir haben uns bemüht, da mit auf diese Liste draufzukommen. (Herr K.)

Wo die Spezialistinnen und Spezialisten der Behandlungszentren sich „nur“ bemühen mussten, mussten andere Psy-Vertreterinnen und -Vertreter Weiterbildungsseminare durchlaufen (und bezahlen), um auf die Kammerlisten gesetzt zu werden. So wurden in erster Linie die niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen und Psychologen reglementiert und zum Nachweis oder Erwerb von Qualifikationen gezwungen, deren Besitz sich hingegen für die Beschäftigten der Behandlungszentren von selbst verstand. Sie stiegen zu Dozentinnen und Dozenten auf, die ihre Kolleginnen und Kollegen in Fortbildungen für die Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen im Rahmen des entwickelten „Curriculums“ weiterbildeten. Einige von ihnen wurden zu Supervisorinnen bzw. Supervisoren, die ihre Kolleginnen und Kollegen beim Verfassen von drei Gutachten begleiteten. Diese Gutachten waren neben der Teilnahme am Curriculum Voraussetzung, um in eine der Kammerlisten aufgenommen zu werden.

Zusätzlich waren die beschriebenen Entwicklungen mit einem Zugewinn an Einfluss der Psychologinnen und Psychologen verbunden. Dieser ließ sich nicht nur im Bereich der Unterstützung von Flüchtlingen und Asylbewerberinnen und -bewerber finden. Auch im nationalen Kontext verfestigte sich der Status psychologischer Psychotherapeuten. 1999 wurde das Psychotherapeutengesetz verabschiedet, das Psychotherapeutinnen und -therapeuten Kassenärztinnen und -ärzten gleichstellte und sie direkt in die Versorgungsstruktur einbezog.<sup>258</sup> Teil

<sup>257</sup> Was nicht heißt, dass die Flüchtlinge den Fachdiskurs nicht verändert hätten. Das taten sie wie im Kapitel zur Interaktion zwischen Psy-Praxis und Flüchtlingen beschrieben. Aber sie taten dies implizit, als stille Akteure durch ihre Anwesenheit und Reaktionen des Fachwissens auf sie. Die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter entwickelten im Gegensatz dazu den Diskurs strategisch und aktiv.

<sup>258</sup> Zuvor war es gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten nicht möglich, direkt eine psychologische Psychotherapeutin oder einen psychologischen Psychotherapeuten aufzusuchen. Sie mussten von einer Ärztin bzw. einem Arzt überwiesen werden und wurden auch weiterhin von dieser bzw. diesem behandelt. Parallel wurde die Ausbildung für Psychotherapeutinnen und -therapeuten zertifizierungsbedürftig und damit ebenfalls reguliert und standardisiert (vgl. Behnsen/Bernhard 1999: 5 ff.; Salzl/Steege 1999: 5 ff.).

dieser Entwicklung war die Gründung eines eigenen Berufsverbandes im Jahr 2000 auf Initiative der Berliner Senatsverwaltung: die Psychotherapeutenkammer Berlin.

Diese Kammer hatte mit der Erarbeitung der Kriterien und der Erstellung der Liste für die Begutachtung von kriegstraumatisierten Flüchtlingen ihre erste Aufgabe zu bewältigen, in der es auch um die Repräsentation des Berufsstandes Psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten gegenüber der Verwaltung ging.<sup>259</sup> Bei der Zusammenstellung der Kriterien und Listen kooperierte die neu gegründete Berliner Psychotherapeutenkammer, vermittelt über das Behandlungszentrum für Folteropfer, eng mit der Berliner Ärztekammer. Letztere existierte bereits seit 1961 und war ein etablierter und einflussreicher Akteur. In der Zeit der Zuspitzung des Konfliktes zwischen den Traumaexpertinnen bzw. -experten und der Verwaltung kritisierte auch die Berliner Ärztekammer neben dem Behandlungszentrum für Folteropfer die Senatsverwaltung für Inneres öffentlich (Birck et al. 2002: 5) und öffentlichkeitswirksam (Soliman 2000).

Die Machtverschiebung von der Verwaltung zu den behandelnden Psy-Vertreterinnen und Vertretern war im Foucault'schen Sinn eine „Oberfläche des Auftauchens“ der Psy-Expertise in aufenthaltsrechtlichen Angelegenheiten. Es ist der Zeitpunkt an dem beobachtbar ist, wie „consequences become conditions“ (Clarke 2005: 287 f.), das heißt Folgen von Entwicklungen zu Voraussetzungen für neue wurden. Neuere Entwicklungen waren auch kritische Auseinandersetzungen der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter mit ihrem neuen Status. Denn die von ihnen in Aushandlungsprozessen mit der Berliner Senatsverwaltung für Inneres erstrittenen Regelungen wurden kurz nach ihrer Verfestigung von ihnen selbst kritisch hinterfragt. Sie problematisierten die neuartige therapeutische Beziehung, die durch eine Abhängigkeit der Klientinnen und Klienten von den Stellungnahmen geprägt war. Der größere Einfluss von Psy-Wissen politisierte die Behandlung und weitete die Notwendigkeit von Attestierungen aus.

Wobei das, was wir heute produzieren, sind zehn Seiten mit wirklich detaillierter Untersuchung von allen Reisewegen und allen Beschwerden von bis und Familienangehörigen. Das haben wir nicht immer tun müssen. Zu Beginn waren die Stellungnahmen viel kürzer und das hat auch gereicht. Aber irgendwann mal hat man angefangen die Schlüssigkeit zu prüfen und dann hat man versucht, nachzuweisen, dass das, was wir schreiben, nicht schlüssig ist. Und dann wurde das irgendwie immer mehr kriminologisch. [...] Eine ganz primitive Argumentation, aber die kam von einer wichtigen Stelle, die Macht hatte, und dann mussten wir halt dagegen argumentieren, das hieß, die ganze Situation noch mal aufrollen und nachweisen. [...] Ist natürlich an jeder fachlichen Notwendigkeit vorbei und quält die Leute unnötig. Aber wir haben es machen müssen. Nicht nur wir, alle. Es gab auch diese Fortbildungen bei der Psychotherapeutenkammer, wo man dann extra noch darauf hingewiesen hat. [...] Wenn Sie das nicht machen, dann gefährden Sie die Leute und machen Ihre Arbeit nicht richtig. [...] Das war also unser Alptraum: Schlüssigkeitsprüfung. (Frau P.)

Es ist bezeichnend, dass Frau P. meinte, dass die Ausländerbehörde umfangreichere Atteste forderte, weil sie Macht hatte und dagegen argumentiert werden musste, ausführlicher und von Expertinnen und Experten, die sie als „wir“ und somit als einen gemeinschaftlichen Akteur begriff. Sie hielt das Vorgehen für unnötig, ja sogar schädlich für die Flüchtlinge, fügte sich aber dennoch, um die Flüchtlinge nicht zu gefährden, auch wenn sie sie für die Begutachtung „quälen“ musste. Die

---

<sup>259</sup> Diese Rolle hatte davor zum Teil das Behandlungszentrum für Folteropfer wahrgenommen, allerdings nicht exklusiv für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, da vor allem Ärztinnen und Ärzte zu dessen Personal zählten. Psychologinnen und Psychologen wurden erst in den letzten Jahren zunehmend eingestellt.

Kriterien, die den Umfang der Atteste und damit auch eine umfassende Befragung notwendig machten, wurden jedoch von Spezialistinnen und Spezialisten innerhalb der Kammern erstellt, die selbst Flüchtlinge unterstützten. Für die neuerdings notwendige Ausführlichkeit waren die unterstützenden Psy-Vertreterinnen und -Vertreter selbst verantwortlich. Als eine Konsequenz wurden die von ihnen aufgestellten Standards von ihren Berufsverbänden mit dem Hinweis auf Professionalität eingefordert und verteidigt.

Mit den neuen Regelungen sahen sich die Therapeutinnen und Therapeuten in die Rolle von Einzelfallentscheiderinnen und -entscheidern gedrängt und thematisierten dies in zahlreichen Publikationen (Groninger 2001; Haenel/Wenk-Ahnson 2004; Rafailović 2005; BAFF 2006; Groninger 2006). Zuvor mussten sie für ihre Klientinnen und Klienten keine Stellungnahmen schreiben, die über deren weitere Zukunft entschieden. Mit dieser neuen Rolle, die sie sich in den Auseinandersetzungen mit der Berliner Senatsverwaltung für Inneres mühsam erstritten hatten, fanden sie im Ergebnis zu viel Verantwortung bei sich konzentriert (Haenel/Wenk-Ahnson 2004). Die Begutachtung verleugne das individuelle Leiden der Betroffenen und diene einem Kontrollsystem, in das die Begutachtenden mit eingebunden würden (Groninger 2006). Damit nahmen die Behandelnden die regulativen Momente ihrer Arbeit durchaus wahr und thematisierten sie, allerdings nur im Hinblick auf ihre Verbindung mit den Biopolitiken der Verwaltung, deren Verbindung sie zuvor aktiv eingefordert hatten. Den Therapiezwang an sich und die damit verbundene Medikalisierung und Psychologisierung von individuellen Leidenserfahrungen diskutierten sie nicht. Am ehesten machten sie in diesem Zusammenhang auf gesellschaftliche Kontexte und die Individualisierung des Leids aufmerksam. Ihre eigene Rolle in der Konstitution traumatisierter Subjekte blieb für sie ein blinder Fleck.

So ist in der Publikation „Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis“ zu lesen:

Insgesamt ist eine Tendenz zur Medikalisierung von Traumata zu beobachten, die mit sozialen und politischen Dimensionen verknüpft sind, sowohl was den Kontext der Traumatisierung angeht als auch Aspekte der individuellen und kollektiven Bedeutung für die Überlebenssituation. [...] Das ‚D‘ in PTSD steht für ‚disorder‘, Störung, womit ein sozialpolitisches Problem zur Psychopathologie umgedeutet wird. Es gibt wohl nichts weniger hilfreiches für die Opfer von Menschenrechtsverletzungen als ihre Leiden *nur noch* als psychische Krankheiten zu bezeichnen [Hervorhebung A. W.] (BAFF 2006: 40 f.).

In den folgenden Artikeln des Buches wurde jedoch genau dieses unpolitische und pathologisierende Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung und ihre Diagnostik in den Auseinandersetzungen mit Richterinnen und Richtern und Einzelfallentscheiderinnen und -entscheidern im Asylverfahren verteidigt (BAFF 2006: 51 ff.) und somit verfestigt, anstatt die zitierten kritischen Sätze weiterzudenken. Das „nur noch“ verweist auch darauf, dass sich die Kritik auf die ausschließliche Pathologisierung richtete, nicht auf das Konzept von psychischer Störung infolge von Leidenserfahrungen in einem westlichen Kontext an sich. Die Erkrankung ist legitim, sie sollte nur in einem größeren Zusammenhang gesehen werden. Im Gegensatz dazu finde ich die Auffassung, dass Leidenserfahrungen psychische Störungen hervorrufen, aufgrund der dargestellten regulativen und marginalisierenden Effekte an und für sich hinterfragenswert und kritikwürdig.

Eine andere Publikation aus dem Kreis der Berliner Behandelnden fordert:

Im Umgang mit Behörden ist immer wieder darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung von Beeinträchtigungen, Symptomen, Krankheiten und ihren Prognosen [...] eine originär klinische Aufgabe ist. Die notwendigen Kenntnisse dazu liefern ausschließlich die Disziplinen der Medizin, klinischen Psychologie und Psychotherapie mit ihren jeweiligen Methoden der Diagnostik (Haenel/Wenk-Ahnson 2004: 94).

Gleichzeitig kritisiert diese Publikation aber auch die Überlastung mit Verantwortung der Behandelnden durch Begutachtungen. Dabei entstand die Verantwortung aus der Forderung nach der eigenen Expertise. Diese Zweigleisigkeit war bezeichnend für die Argumentation der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter in der Flüchtlingsarbeit. Auf der einen Seite wurde die Medikalisierung verurteilt und die Verschiebung der Verantwortung kritisiert, auf der anderen Seite die eigene fachliche Expertise jedoch gegenüber den Behörden verteidigt. Und auch den Flüchtlingen gegenüber etablierten sich die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter als kompetente Ansprechpartnerinnen und -partner und als Unterstützende und sicherten so die Therapienachfrage:

Und ich sagte es dann Doktor H. und er sagte mir: „Hab keine Angst, dich kann keiner ausweisen, wir stehen hinter dir. Denn du bist nicht für die Rückkehr.“ Und er hat ein Attest geschrieben. [...] Und er hat mich beraten, was ich machen soll. [...] Und dann hat die Polizei es akzeptiert und angenommen. Das heißt, danach hatte ich keine weiteren Probleme.<sup>ff</sup> (Herr Šeferović)

Die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter waren sich ihres neuen Einflusses als Akteure durchaus bewusst und machten dies auch den Flüchtlingen, wie hier Herrn Šeferović, klar. Die Bosnierinnen und Bosnier hatten die Wahl: entweder den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern zu glauben und in Therapien zu gehen und Atteste auf die Ausländerbehörde zu tragen oder sich der Therapie und den Attestierungen zu verweigern und alternative Wege zu suchen, in Deutschland zu bleiben, zurückzukehren oder weiterzuwandern.

Aus dieser Situation, die verkürzt als „Therapie oder Rückkehr“ beschrieben werden könnte, die von den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern zum Teil erstritten und im Nachhinein kritisiert wurde, gab es keinen Ausweg. Eine Verweigerung der Attestierungen und ein radikaler Rückzug aus der politischen Flüchtlingsarbeit hätte für die Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Disziplinen bedeutet, ihre erstrittene Stellung aufzugeben und die Zukunft der Flüchtlinge wieder der Entscheidungsgewalt der Ausländerverwaltung zu überlassen. Es war eine paradoxe Situation für die Therapierenden, die im Aufbau der Argumentation begründet lag. Wenn nur traumatisierte Flüchtlinge aufgrund ihrer Erlebnisse besonders schützenswert waren, musste dies attestiert werden. Solche Begutachtungen hätten auch Verwaltungsstellen übernehmen können, wenn sie zu den gleichen Ergebnissen gekommen wären wie die niedergelassenen Psy-Vertreterinnen und -Vertreter und die in Behandlungszentren und Beratungsstellen arbeitenden. Die Behandelnden hatten das politische Interesse, möglichst viele Flüchtlinge vor der Abschiebung zu bewahren und deren Lebensbedingungen zu verbessern. Auch wenn sie dieses Interesse mit Standards und Normen zu maskieren suchten und immer wieder den Behörden gegenüber betonten, die Diagnostik wäre eindeutig, handelte es sich um ihren persönlichen Beitrag zur Flüchtlingsarbeit, den sie oft mit der

historischen Schuld Deutschlands begründeten.<sup>260</sup>

Der von den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern ausgehandelte Einfluss auf die Flüchtlingspolitik Berlins hatte humanitären Charakter und stand im Zeichen der Hilfe. Doch sobald humanitäres Engagement mit wissenschaftlichen Wahrheiten, in diesem Fall dem Psy-Wissen über eine psychische Störung, verbunden wurde und die Diskussion bestimmte, verschwand die Humanitas. Stattdessen wurde mit (scheinbaren) Fakten argumentiert, die konkrete Entscheidungen nach sich ziehen mussten. Humanitäres Engagement gründet sich aber auf Mitgefühl, das keinen Platz in einem wissenschaftlichen Diskurs hat, auch wenn es seine Grundlage sein sollte.

Am Ende erstritten die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter erfolgreich ein humanitäres Bleiberecht für Traumatisierte. Sie reduzierten mit ihren fachlichen Argumentationen den Einfluss der Flüchtlingsverwaltung für den konkreten Moment, für die Gruppe der bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge. Die Traumatisiertenregelung war eine Lösung, mit der zwar alle unzufrieden waren<sup>261</sup>, aber mit der sie trotzdem leben konnten. Dieser Umstand ist das Faszinierende und Einzigartige an der geschilderten Situation. Es wurde keine „gemeinsame Sprache“ gefunden, wie es Galison darstellte (Galison 1999) und auch Star und Griesemers Beschreibung eines gemeinsamen Ziels der meisten Akteure als Funktionsbedingung für eine Kooperation und die Einbeziehung von weiteren Akteuren über das neutrale Medium „Geld“ fanden sich nicht (Star/Griesemer 1989: 408). Es wurde ein Arbeitskonsens geschaffen, obwohl sich alle Akteure weiterhin gegenseitig misstrauten und sie in ihren eigenen Logiken verhaftet blieben.

Somit wundert es nicht, dass ein Resümee lautete: „Den Sündenfall Traumatisierungsregelung wird es kein zweites Mal geben.“ So zitierte Herr K. einen Vertreter der Senatsverwaltung für Inneres und fuhr fort: „Und warum Sündenfall? Weil sich die Ausländerbehörden letzten Endes so viel Ärger eingehandelt haben in der Umsetzung.“

---

<sup>260</sup> Im gerade zitierten Buch von Haenel und Wenk-Ahnson (2004) wurde auf alle drei Figuren „Abschiebungsverhinderung“ „historische Schuld“ und „schlechtes Wohlstandsgewissen“ Bezug genommen und sich von ihnen distanziert. Sie wurden als unbewältigte innere Konflikte dargestellt, um so die Objektivität der Begutachtung zu postulieren. Diese Dynamiken würden professionell Begutachtende ihrer Meinung nach ausblenden. Die Interviews mit den Behandelnden, die auch begutachteten, legen jedoch das Gegenteil nahe: Diese Themen spielten sehr wohl eine Rolle im Engagement der Psy-Vertreterinnen und -Vertreter.

<sup>261</sup> Für die Flüchtlinge kam die Regelung zu spät und bedeutete viele Jahre im Wohnheim, ohne Arbeitserlaubnis und unter hohem Abschiebungsdruck. Für die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter waren die Attestierungen zuviel Verantwortung und beeinflussten die therapeutischen Interaktionen, die immer auch vor dem Hintergrund der Erlangung eines Aufenthaltstitels stattfanden und nicht aus einem Therapiebedarf heraus. Für die Senatsverwaltung für Inneres waren die Kriterien zu weich und erforderten zuviel externe Expertise und interne Nachprüfungen. Die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung wurde durch ihre kontroverse Diskussion und häufige Anwendung zweifelhaft.



## 7 Fazit

Ich zeichnete die Verhandlungen um ein Aufenthaltsrecht für bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge in Berlin zwischen den Jahren 1996 bis 2006 nach. Im Verlauf verengten sich diese Verhandlungen auf die Gruppe der Traumatisierten, die eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung benötigten und deshalb bleiben durften. Ausgangspunkt waren Leidenserfahrungen, die sowohl den Bosnierinnen und Bosniern selbst als auch der Verwaltung in psychologisierter Form erklärt wurden, aber nur als schriftlich attestierte psychische Erkrankung in Kombination mit ihrer psychotherapeutischen Behandlung einen weiteren Aufenthalt rechtfertigten. Es wurde verhandelt und behandelt, um bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen einen Neuanfang in Berlin als behandlungsbedürftige psychisch Kranke infolge von Kriegserfahrungen zu gestatten.

Das endgültige Ergebnis – die Anerkennung ihres Leids in psychischen Kategorien und einem Bleiberecht – steht im Schnittpunkt vielfältiger historischer Entwicklungen, die in mehr oder weniger intensive Beziehungen zueinander traten. Dazu zählen: die Standardisierung psychiatrischer Diagnostik seit 1980, die zunehmende Bedeutung und Professionalisierung von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die Flüchtlingsbewegungen aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Deutschland, die Wiedervereinigung mit den daraus resultierenden wirtschaftlichen Belastungen und der deutschen Vergangenheitsbearbeitung. Ich zeigte, wie sich diese Gegebenheiten und Entwicklungen verstärkten oder behinderten, unabhängig voneinander parallel entwickelten, um später miteinander in Beziehung zu treten, oder sich in Abhängigkeit voneinander zu entwickeln, um sich dann separat fortzusetzen. In ihrem spezifischen Zusammenspiel bedingten sie die von mir beschriebene Psychologisierung menschlicher Leidenserfahrungen im Umgang mit den bosnischen Flüchtlingen.

Hacking definierte diese Entwicklungen als Gedächtnispolitiken, die sich auf das Selbstverständnis von Individuen richten, die lernen, sich in einer bestimmten Art und Weise zu definieren. In meinem Feld begannen sich die bosnischen Flüchtlinge als „traumatisiert“ zu verstehen und agierten dementsprechend. So redete eine Frau zum Beispiel nicht über ihre Erlebnisse, weil ihr gesagt wurde, dass Traumatisierte nicht über ihre Erlebnisse reden können. Doch die Anpassungen an die neuen Verhaltensmuster verliefen nicht reibungslos. So gelang es einzelnen Flüchtlingen, zwar als „traumatisiert“ anerkannt zu werden und sich selbst in Situationen auf Behörden als „traumatisiert“ zu präsentieren, sich parallel aber nicht in Psychotherapie zu begeben und auch keine Psychopharmaka zu nehmen. Sie entwickelten ihre eigenen „Taktiken“ (Certeau 1988), um mit den neuen Zwängen umzugehen. Das stereotype Bild der „traumatisierten bosnischen Flüchtlinge“ wirkte zwar normierend, eröffnete gleichzeitig jedoch auch Handlungsräume, in denen sich Bosnierinnen und Bosnier zurechtfinden mussten und eigene Handlungslogiken und -taktiken entwickelten. Zwar entsprachen sie weitestgehend den Erwartungen der Politik und der Psy-Expertinnen bzw. -Experten und begaben sich in psychiatrische und psychologische Behandlungen, doch weil zum Beispiel die Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit klassischen Gesprächstherapien bei ihnen an ihre Grenzen stießen, trugen die Flüchtlinge zur Veränderung von Therapiekonzepten bei.

Obwohl die Bosnierinnen und Bosnier im Zentrum der politischen Auseinandersetzungen um ein Aufenthaltsrecht standen, widerfuhr ihnen eine Verallgemeinerung und Unsichtbarwerdung. Michel de Certeau lokalisierte die literarische Verkörperung des Durchschnittsmenschen als „Jedermann“ und gleichzeitig „Niemand“ (Certeau 1988: 35 f.). Meine bosnischen Gesprächspartnerinnen und -partner wurden in den Verhandlungen zu einer homogenen Gruppe zusammengefasst, zu „Jedermann“, den Bosnierinnen und Bosniern oder zu Traumatisierten. Gleichzeitig wurden sie zu „Niemand“, zu Menschen ohne eigene Entscheidungsmacht, die auf Taktiken auswichen, um den Zwängen zu begegnen, die ihr Alltag enthielt. Trotz der Unterstützungsstrukturen, die sich für die Bosnierinnen und Bosnier bildeten, erhielten sie keine Stimme, wurden nicht zu „Jemand“. Im Gegenteil: seitdem sie einen Aufenthaltstitel erhielten, wechselten sie fast nahtlos in die Masse der Langzeitarbeitslosen, für die bei Weitem weniger Lobbyarbeit geleistet wird als für traumatisierte Flüchtlinge.

Es waren Psychologinnen und Psychologen und vereinzelte Ärztinnen und Ärzte, die sich im Feld der politischen Flüchtlingsarbeit etablierten, Einfluss gewannen und am Ende „Jemand“ waren in Berlin. Sie wurden ein ernst zu nehmendes Gegenüber für die Verwaltung, denn ihre Stellungnahmen, deren Qualität von ihrem eigenen Berufsverband, aber von keinem externen Akteur überwacht wurde, wurden anerkannt. Der Streit um die Anerkennung von Expertisen, die auf der einen Seite von Psy-Vertreterinnen und -Vertretern in verwaltungsnahen Institutionen und auf der anderen von niedergelassenen oder in der Flüchtlingsarbeit tätigen angefertigt wurden, entschied sich zugunsten Letzterer.

All diese Entwicklungen fanden vor einer größeren Verschiebung statt, in der Psy-Wissen in unserem Alltag scheinbar natürlich und selbstverständlich zunehmend an Einfluss gewann. Meine Arbeit zeigte den Ablauf dieser Psychologisierungsprozesse auf. Nachdem psycho-soziale Unterstützungsangebote für die bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge politisch gefordert und von Vereinen, Wohlfahrtsverbänden und niedergelassenen Psy-Vertreterinnen und -Vertretern umgesetzt wurden, begaben sich die Flüchtlinge scheinbar selbstverständlich in Therapien und verblieben in diesen, bis sie einen Aufenthaltstitel erhielten, aber auch darüber hinaus, wenn sie erneut in Problemsituationen gerieten. Doch die Nutzung von Psy-Angeboten verstand sich für sie nicht von selbst. Sie mussten ihre Vorurteile überwinden und sich in ihre neue Rolle als psychisch Erkrankte einfinden. Denn nur so ließen sich die Erleichterungen, wie eine Arbeitserlaubnis, eine bessere Wohnheimunterbringung und eine zwölf Monate gültige Duldung rechtfertigen, in deren Genuss sie im Gegensatz zu ihren Landsleuten kommen konnten. Am Ende war das Verbleiben in Berlin möglich, wenn sie Verhaltensmuster, die von traumatisierten Flüchtlingen erwartet wurden, reproduzierten, denn Menschen können sich an die Kategorien anpassen, denen sie sich zugehörig fühlen. Dies endet allerdings nicht in einem statischen Zustand, sondern wird weiterhin täglich ausgelotet und neu gelebt. Das machten auch die Definitionsversuche von „Traumatisierten“ klar, die von den Bosnierinnen und Bosnier sehr verschieden beschrieben wurden als eine Gruppeneigenschaft aller Flüchtlinge oder als nicht mehr normal aber auch nicht psychisch krank. Aber nicht nur die Flüchtlinge veränderten sich durch den psychologischen Umgang mit ihren Erfahrungen, auch die Berliner Verwaltung gewann neue Einsichten. So wurde klar, dass sie durch

Öffentlichkeit und Parlament gezwungen werden konnte, externe Expertisen anzuerkennen, auch wenn sie selbst an diesen Zweifel hegte. In Zukunft wird sie sicherlich auf andere Kriterien für die Verlängerung oder Erteilung von Aufenthaltstiteln drängen als medizinische oder psychologische, da sich dieser Bereich ihrem verwaltungstechnischen Verständnis völlig entzog und ihr Entscheidungsgewalt nahm. Diese Gewalt wurde beinahe vollständig an die behandelnden und Stellungnahmen verfassenden Psy-Vertreterinnen und -Vertreter übertragen. Auch diese mussten sich in ihrer neuen Rolle zurechtfinden, den Umgang mit der Verwaltung erlernen, ihre eigenen Begutachtungsstandards einhalten und auch den Flüchtlingen in ihren Erwartungen an Therapien entsprechen. Zwar wiesen die Vertreterinnen und Vertreter der Psy-Disziplinen den größten Zuwachs an Einfluss auf, doch gleichzeitig hatten sie damit auch mehr Verantwortung und waren in mehr Verhandlungen involviert, wofür sie ihre eigenen Standpunkte bestimmen mussten und sich mit denen der anderen Akteure auseinandersetzen.

Alle Akteure waren ihren eigenen Logiken verhaftet, die interagierten, neue Strukturen bildeten und ältere veränderten. Es ist wichtig, diese Entwicklungen in ihren vielfältigen Zwängen und Möglichkeiten zu verstehen. In der konkreten Situation war es möglich, eine Aufenthaltsverlängerung aufgrund einer psychischen Störung zu erhalten, und bosnischen Flüchtlingen wurde nahe gelegt, dass sie durch den Krieg wahrscheinlich psychisch gestört seien. Die Berliner Verwaltung wollte solcherart psychisch beeinträchtigte Flüchtlinge erst später nach Bosnien zurückschicken, nachdem „gesunde“ Rückkehrer das Land bereits wieder aufgebaut hatten. Zur Feststellung der psychischen Beeinträchtigung brauchten sie die Expertise von Psy-Vertreterinnen und -Vertretern, die ihnen von diesen gern zur Verfügung gestellt wurde, doch anders als von ihnen erwartet. Denn sie forderten für ihre Patientinnen und Patienten nicht nur eine spätere Rückkehr, sondern ein Bleiberecht, und sie waren damit erfolgreich. Den entstandenen Interessenkonflikt um die Überprüfung der Stellungnahmen in einer weiteren Begutachtung konnten die Psy-Vertreterinnen und -Vertreter um den Preis einer Eigenregulation in Form von standardisierten Begutachtungsverfahren für sich entscheiden. All diese Aushandlungsprozesse und -ergebnisse brachten allen Akteurinnen und Akteuren sowohl Vor- als auch Nachteile. In ihrem Zentrum stand die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung. Sie ist ein Symptom unserer Zeit. Als Kategorie war sie sowohl plastisch als auch robust genug, um die Rolle eines *boundary objects* zu übernehmen. Seitdem sie in einem spezifischen gesellschaftlichen Umfeld entstand, das westlich und bürgerlich war und sich in der Industrialisierung befand, und seit den 1990er Jahren zunehmend populär wurde, begleitete sie die Psychologisierung westlicher Gesellschaften und der humanitären Hilfe.

Marilyn Strathern reflektierte über die Möglichkeiten einer Repräsentation kultureller Phänomene (Strathern 1991). Sie verdeutlicht, dass es keine geschlossene Situation, Praxis oder Gesellschaft gibt, die beschrieben werden könnte. Es sind immer nur partielle Ausschnitte, die gleichzeitig von vielfältigen Entwicklungen durchzogen sind und die sich bereits verändert haben, wenn Texte über sie entstehen. In Anbetracht dieses Pluralismus wird das Schreiben von Ethnografien zu einer Herausforderung, denn es gilt eine dynamische Vielheit zu beschreiben, ohne sie zu vereinfachen oder zu verkürzen. Doch Strathern macht deutlich, dass es zwischen den möglichen Perspektiven

Verbindungen gibt, die konkrete Phänomene sowohl mit Vorangegangenen als auch mit anderen Phänomenen verknüpfen, die ähnliche Muster aufweisen. Sie nennt diese Verbindungen „partial connections“, denn sie determinieren Artefakte oder Ereignisse nicht vollständig, beeinflussen und charakterisieren sie aber.

Mit dem Fokus auf solche partiellen Verbindungen ändert sich der Anspruch ethnologischer Beschreibungen: sie versuchen nicht mehr imaginierte Ganzheiten wie kulturelle Phänomene oder ganze Kulturen darzustellen. Stattdessen konzentrieren sie sich auf Verbindungen, Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen Praktiken, die in einem konkreten Moment beobachtbar sind und sich vielleicht auch in anderen Zusammenhängen beobachten lassen. Kommen sie häufig vor und sind sie relativ konsistent, können sie als „Oberflächen des Auftauchens“ neuer diskursiver Formationen beschrieben werden. Diese Konsistenz besaß der psychologische Diskurs um menschliche Leidenserfahrungen in Form der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung, der sich in die von mir beschriebene Berliner Situation der Aufnahme bosnischer Bürgerkriegsflüchtlinge tief einschrieb. Traumatisierung als Resultat leidvoller Erfahrungen tauchte hier mit den Flüchtlingen auf und übertrug sich auf sämtliche Opfer von Krieg, Katastrophen und Gewalt. Die Diagnose selbst wurde sogar zu einer gewissen Modeerscheinung, die Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten einer psychologischen Station, wie in Kapitel 4.2.4. gezeigt, bevorzugten.

Dieses Bewusstsein für die dynamische Vielschichtigkeit und Vielheit erzeugte neue, dem Organischen verpflichtete Metaphern wie das „Rhizom“ von Deleuze und Guattari (1977) oder die rankenden Bohnenpflanzen Hackings (Hacking 1996: 72). Dem Organischen, Gewachsenen und Flexiblen muss auch durch die methodische Herangehensweise Rechnung getragen werden. Hier lässt die Methodenvielfalt der Europäischen Ethnologie weitestgehend die notwendige Flexibilität zu. So stellten die Interviews mit Akteurinnen und Akteuren mein Hauptmaterial dar, doch diese hätten nicht ausgereicht, um die reichhaltigen Hintergründe meines Feldes zu beleuchten. Daneben nutzte ich vielfältige Publikationen, um Argumentationslinien zu verdeutlichen, aber sie allein hätten nie Einblicke in die Praxen gegeben, die von den Beschreibungen oftmals abwichen und sich nur teilweise in den Gesprächen niederschlugen. Diese beiden Quellen wurden vor allem im Dialog zu wichtigen Pfeilern meiner Argumentationen, ergänzt durch meine eigenen Erfahrungen. Die fünf Jahre meiner Tätigkeit in einem psychologischen Arbeitsfeld waren ein nahezu unerschöpfliches Reservoir an Beobachtungen, Gesprächen und eigener Teilnahme an Konferenzen, Trainings, Treffen und Diskussionen. Meine etwas untypischen teilnehmenden Beobachtungen waren der Ausgangspunkt für die Auswahl meiner Gesprächspartnerinnen und -partner, der analysierten Fachliteratur, ihrer Bewertungen und leiteten mich bei meinen Beschreibungen. Diese ethnologische Methodenvielfalt ermöglicht auch das Aushalten und Beschreiben komplexer Zusammenhänge. Sie unterstützt die Thematisierung von Berührungspunkten, die Übergänge des Wissens in die Praxis und der Praxis ins Wissen, deren Voraussetzungen, Widerstände und Verstärkungen.

Bei meiner Darstellung der vielfältigen Schnittstellen und Verbindungen zwischen den Praxen meiner Akteure erhebe ich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Einige angrenzende Diskurse habe

ich bewusst ausgeklammert, um nicht vom Hundertsten ins Tausendste zu gelangen, was unweigerlich geschieht, sobald eine Situation umfassend beschrieben werden soll. Weitere Schauplätze in den Verhandlungen um einen Aufenthaltsstatus für traumatisierte bosnische Kriegsflüchtlinge mögen sich mir nicht erschlossen haben. Im Nachhinein hätte ich teilnehmende Beobachtungen in den Gruppentherapien sehr hilfreich gefunden. Erweiterungsfähig wäre die vorliegende Analyse auch um Standpunkte der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte in der Flüchtlingsarbeit oder des Berliner Abgeordnetenhauses und seiner beiden Ausschüsse für Inneres und Soziales, Gesundheit und Migration, wenn es um eine umfassendere Darstellung der vielfältigen Akteure und eine genauere Nachzeichnung der Aushandlungsprozesse geht. Um das Krankheitsverständnis der Flüchtlinge und das ihrer Behandelnden zu kontrastieren, wäre eine Gegenüberstellung ihrer eigenen Beschreibungen mit denen in den über sie verfassten Stellungnahmen aufschlussreich. Auch die Akte der Senatsverwaltung für Inneres könnte umfassender analysiert werden, beispielsweise unter Einbeziehung der Akten anderer jugoslawischer Nachfolgestaaten, um Ursachen für die Sonderstellung der Bosnierinnen und Bosnier zu ergründen. Zugleich werfen die Akten Fragen nach der Art und Weise von Vorgangsdokumentationen in Entscheidungsprozessen auf, zu deren Beantwortung sich teilnehmende Beobachtung im Verwaltungsalltag anbietet und in Ergänzung ein Abgleich mit Archiven von Beratungsorganisationen.

Es gibt somit genügend Raum für Ergänzungen und kreative Neudeutungen meines Materials. So wie ich Theorien und Texte interpretierend und rekontextualisierend eingesetzt und damit ein Stück Textkörper produziert habe, ist natürlich auch mein Text im Idealfall Datenquelle und Inspiration für andere. Ich habe mich als Ethnologin auf die aus medizinanthropologischer Sicht und aus der Perspektive von Wissenschafts- und Technologiestudien wesentlichen Entwicklungen konzentriert und die verschiedenen Akteure und Diskurse neu gruppiert. In der Breite an Akteuren, ihrer Perspektiven, Praxen und Verbindungen untereinander ergibt sich ein vielschichtiges und gleichzeitig widersprüchliches Bild. Das ist Alltag. In ihm haben vielfältige menschliche und materielle Akteure Einfluss auf die individuellen Praxen von Individuen und sind „partiell verbunden“. Die zentrale Frage der Europäischen Ethnologie ist: „Wie sind sie es?“. Um Antworten zu finden, geht sie dem Abstrakten im Konkreten nach, spürt dem Funktionieren der Macht im Individuum nach, beschreibt sowohl die Zwänge als auch die neu geschaffenen Freiräume, ihre Auswirkungen auf Identitäten und Alltagspraxen. Die beschreibbaren *Übersetzungen* zwischen Theorien und Praxen geben Aufschluss über gesellschaftliche Veränderungen und Denkmuster, wobei gerade ihre Brüche Konflikte konkurrierender Denkstile kennzeichnen (Clarke 2005) und deshalb besonders aufschlussreich sind.

In der vorliegenden Arbeit ging ich unterschiedlichen individuellen und teilweise verbundenen Entwicklungen nach, die Mosaiksteine aktueller gesellschaftlicher Veränderungen sind, die eine Psychologisierung menschlicher Leidenserfahrungen und ihren Ausschluss aus der Normalität begleiteten. Es verdeutlicht, wie wichtig Untersuchungen zu konkreten Praxen verschiedener Akteure sind, denn nur die Gegenüberstellung der Perspektiven und ihrer Interaktionen lassen gesellschaftliche Tendenzen erkennbar werden. Es reicht meines Erachtens deshalb nicht aus, das

Krankheitskonzept an sich zu hinterfragen, wie es von den Science and Technology Studies gemacht wird. In meinen Ausführungen wurde deutlich, dass die Brüche und Widersprüche den Psy-Vertreterinnen und -Vertretern durchaus bewusst waren, sie die brüchigen Kategorien trotzdem weiterhin oder gerade wegen ihrer Brüchigkeit einsetzten, um eigene Interessen zu vertreten. Diese Interessen waren in meinem Feld an humanitäres Engagement gekoppelt, in anderen Zusammenhängen an Fortschritt in der Medizintechnik oder Erhöhung der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit. Unter diesen Oberflächen liegen ökonomische Interessen professioneller Kollektive wie z. B. Forschungsfinanzierungen und Investitionen in Personal und Ausstattung.

Medizinanthropologische Studien erhalten vor dem Hintergrund einer zunehmenden Medikalisierung unseres Alltags auch innerhalb der Europäischen Ethnologie größere Bedeutung. Ergänzt um Ansätze der Science and Technology Studies und der Medizinanthropologie, halte ich diese für besonders fruchtbar, um neue Rationalitäten zu verstehen und ein begriffliches Instrumentarium zu ihrer Analyse zur Verfügung zu haben. In der Verbindung von wissenschafts- und technologiekritischen Theorien und der medizinanthropologischen Analyse von konkreten Praxen liegt ein großes Potential für die Europäische Ethnologie. Sie kann aus einer stärkeren Auseinandersetzung mit naturwissenschaftlichem Wissen unter Nutzung von Theorien und Methoden der Science and Technology Studies Gewinn ziehen. Nur mit einer solcherart kombinierten Analyse ist die Anwendung des in Laboren und Fachdiskursen generierten Wissens im Alltag, wo es individuellen Aneignungstaktiken unterliegt und sich in der Nutzung verändert, beschreibbar.

Zur Analyse der alltäglichen Manifestationen und des Gebrauchs von (Fach-)Wissen sind vielfältige Zugänge und manchmal auch Zufälle notwendig, die sich im vorliegenden Fall aus meiner spezifischen Position im Feld ergaben. Viel Material hätte ich ohne meine eigenen Erfahrungen als Ethnologin im Feld der Psychotraumatologie, den vielen Gesprächen mit Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien und die theoretischen Hintergründen von Philosophen wie Foucault und Hacking nicht sehen können. Durch die Kombination von Methoden, die Einbeziehung von Artefakten und Diskursen ergibt sich ein neues organisches Geflecht, dass sowohl mich als Schreibende als auch die Lesenden einbezieht, es kann weiter wachsen, aber auch vertrocknen. Ich hoffe, dass es wächst, erweitert und weiter quergedacht wird zum allzu logisch strukturierten Psy-Diskurs, der trotz seiner Fruchtbarkeit und Anschlussfähigkeit für andere Disziplinen – einschließlich Ethnologie und Anthropologie – nicht verabsolutiert, sondern intensiver hinterfragt werden sollte.

## 8 Literaturverzeichnis

„Srebrenica“ e. V. (2005): Ziele und Aktivitäten des Vereins der traumatisierten Frauen aus Bosnien und Herzegowina „Srebrenica“ e. V. URL: [http://www.muslimische-sstimmen.de/index.php?id=20&no\\_cache=1&tx\\_ttnews%5Bpointer%5D=4&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=50&tx\\_ttnews%5BbackPid%5D=6](http://www.muslimische-sstimmen.de/index.php?id=20&no_cache=1&tx_ttnews%5Bpointer%5D=4&tx_ttnews%5Btt_news%5D=50&tx_ttnews%5BbackPid%5D=6) [Stand 09.03.2008].

Abgeordnetenhaus Berlin (15.10.1992): Plenarprotokoll 12/37, 3058A und 3095C.

Abgeordnetenhaus Berlin (12.11.1992): Plenarprotokoll 12/39, 3135D.

Abgeordnetenhaus Berlin (21.01.1993): Plenarprotokoll 12/43, 3527A,B,C.

Abgeordnetenhaus Berlin (25.03.1993): Drucksache 12/2650.

Abgeordnetenhaus Berlin (31.08.1993): Drucksache 12/3176.

Abgeordnetenhaus Berlin (21.10.1993): Drucksache 12/3569.

Abgeordnetenhaus Berlin (02.11.1993): Drucksache 12/3467.

Abgeordnetenhaus Berlin (17.01.1994): Drucksache 12/3788, 26.

Abgeordnetenhaus Berlin (04.03.1994): Drucksache 12/4076, 40.

Abgeordnetenhaus Berlin (14.10.1994): Drucksache 12/4902.

Abgeordnetenhaus Berlin (12.10.1995): Drucksache 12/6072, 41.

Abgeordnetenhaus Berlin (14.11.1996): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 13/1311. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/13/KlAnfr/k131311.pdf> [Stand 30.08.2007].

Abgeordnetenhaus Berlin (29.07.1997): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 13/2383. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/13/KlAnfr/k132383.pdf> [Stand 26.08.2008].

Abgeordnetenhaus Berlin (16.09.1997): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 13/2483. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/13/KlAnfr/k132483.pdf> [Stand 26.08.2008].

Abgeordnetenhaus Berlin (19.09.1997): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 13/2384. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/13/KlAnfr/k132384.pdf> [Stand 26.08.2008].

Abgeordnetenhaus Berlin (12.05.1998): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 13/2806. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/13/KlAnfr/k132806.pdf> [Stand 26.08.2008].

Abgeordnetenhaus Berlin (20.05.1998): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 13/3560. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/13/KlAnfr/k133560.pdf> [Stand 30.08.2007].

Abgeordnetenhaus Berlin (17.08.1998): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 13/4034. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/13/KlAnfr/k134034.pdf> [Stand 30.08.07].

Abgeordnetenhaus Berlin (23.03.2000): Plenarprotokoll 14/7, 299D, 300A,B. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/14/PlenarPr/p14007.pdf> [Stand

29.08.2007].

Abgeordnetenhaus Berlin (28.04.2000): Antwort auf Kleine Anfrage Nr. 14/352. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/14/KlAnfr/k140352.pdf> [Stand 24.08.2008].

Abgeordnetenhaus Berlin (22.06.2000): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 14/722. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/14/KlAnfr/k140722.pdf> [Stand 30.08.2007].

Abgeordnetenhaus Berlin (23.06.2000): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 8 (Nicht behandelte Mündliche Anfrage aus der 12. Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 22. Juni 2000). URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/14/NichtbehMdlAn/n1401208.pdf> [Stand 30.08.2007].

Abgeordnetenhaus Berlin (06.07.2000): Inhaltsprotokoll der 10. Sitzung der 14. Wahlperiode des Ausschusses für Gesundheit, Soziales und Migration.

Abgeordnetenhaus Berlin (05.12.2000a): Drucksache 14/892. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/14/DruckSachen/d140892.pdf> [Stand 24.08.2008]

Abgeordnetenhaus Berlin (05.12.2000b): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 14/1215. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/14/KlAnfr/k141215.pdf> [Stand 24.08.2008].

Abgeordnetenhaus Berlin (06.08.2001): Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 14/1936. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/14/KlAnfr/k141936.pdf> [Stand 30.08.2007].

Abgeordnetenhaus Berlin (06.01.2003): Drucksache 15/1254. URL: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/15/DruckSachen/d15-1254.pdf> [Stand 03.08.2008].

ABH (Ausländerbehörde Berlin) (2008a): VAB. Vorläufige Anwendungshinweise der Ausländerbehörde Berlin. Erstellt am 27.10.2008. URL: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/labo/auslaenderangelegenheiten/vaabhbbln.pdf> [Stand 07.12.2008].

ABH (Ausländerbehörde Berlin) (2008b): Organigramm. URL: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/labo/auslaenderangelegenheiten/organigramm.pdf> [Stand 11.09.2008].

ABH (Ausländerbehörde Berlin) (2008c): Ausländerbehörde Berlin (Startseite). URL: <http://www.berlin.de/labo/auslaender/dienstleistungen/> [Stand 21.09.2008].

Ajduković, M. (1998): Displaced Adolescents in Croatia: Sources of Stress and Posttraumatic Stress Reaction. *Adolescence*, 33(129), 209–217.

American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington.

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington.

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington.

Arbeitsgruppe Psychiatrische Versorgungsforschung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden (undatiert):

Abgeschlossene Projekte: Connect. URL: <http://www.psychiatrische-versorgungsforschung-tu->



[dresden.de/cms/projekte/components-organisation-costs-and-outcomes-of-health-care-and-community-based-interventions-for-people-with-posttraumatic-stress-following-war-and-migration-in-the-balkans-connect](http://dresden.de/cms/projekte/components-organisation-costs-and-outcomes-of-health-care-and-community-based-interventions-for-people-with-posttraumatic-stress-following-war-and-migration-in-the-balkans-connect) [Stand 03.10.2009].

Arbeitsgruppe Psychiatrische Versorgungsforschung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden (undatiert): Abgeschlossene Projekte: STOP. URL: <http://www.psychiatrische-versorgungsforschung-tu-dresden.de/cms/projekte/abgeschlossene-projekte/treatment-seeking-and-treatment-outcomes-in-people-suffering-from-posttraumatic-stress-following-war-and-migration-in-the-balkans-stop> [Stand 03.10.2009].

Archives of General Psychiatry (1996): This Article has been cited by other articles. URL: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/53/5/380> [Stand 04.06.2008].

Ärztammer Berlin (2007): Tätigkeitsbericht 2007. URL: [http://www.aekb.de/05\\_ Unsere\\_Kammer/10\\_DV/60\\_TBs/TB2007.pdf](http://www.aekb.de/05_ Unsere_Kammer/10_DV/60_TBs/TB2007.pdf) [Stand 20.09.2008].

Ärztammer Berlin (undatiert): Über uns. Vorstand. URL: [http://www.aerzteammer-berlin.de/05\\_ Unsere\\_Kammer/15\\_Vorstand/index.html](http://www.aerzteammer-berlin.de/05_ Unsere_Kammer/15_Vorstand/index.html) [Stand 23.01.2008].

ÄrzteZeitung.de (2006): „Nicht Krieg bringt die meisten Opfer hervor, sondern das soziale Umfeld“. URL: <http://www.aerztezeitung.de/suchen/?sid=407323&query=ct+and+arzneimittel> [Stand 09.03.2008].

Aufenthaltstitel.de (2005a): Grenzübertrettsbescheinigung – GÜB. URL: <http://www.aufenthaltstitel.de/stichwort/gueb.html> [Stand 13.11.2007].

Aufenthaltstitel.de (2005b): Wiederholter Verstoß gegen die räumliche Beschränkung der Duldung. URL: <http://www.aufenthaltstitel.de/west/001.html> [Stand 12.11.2007].

BAFF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2006): Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis. Asyl Praxis Bibliothek. Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2007): Asyl in Zahlen 2007. URL: [http://www.bamf.de/cln\\_092/nn\\_442496/SharedDocs/Anlagen/DE/DasBAMF/Publikationen/broschuere-asyl-in-zahlen-2007.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/broschuere-asyl-in-zahlen-2007.pdf](http://www.bamf.de/cln_092/nn_442496/SharedDocs/Anlagen/DE/DasBAMF/Publikationen/broschuere-asyl-in-zahlen-2007.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/broschuere-asyl-in-zahlen-2007.pdf) [Stand 25.08.2008].

Beck, Stefan (2008): Antrittsvorlesung vom 05.02.2008 am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Berlin. Unveröffentlichtes Manuskript.

Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Becker, David (2003): Interview mit Dr. David Becker. Projektutorien „Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin“, „Behörden und Migration“ (Hg.): Verwaltet, entrechtet, abgestempelt – wo bleiben die Menschen? URL: [http://userpage.fu-berlin.de/%7Ewolfseif/verwaltet-entrechtet-abgestempelt/texte/becker\\_trauma.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/%7Ewolfseif/verwaltet-entrechtet-abgestempelt/texte/becker_trauma.pdf) [Stand 31.08.2008].

Becker, David (2004): Dealing with the Consequences of Organized Violence in Trauma Work. URL: [http://www.berghof-handbook.net/uploads/download/becker\\_handbook.pdf](http://www.berghof-handbook.net/uploads/download/becker_handbook.pdf) [Stand 30.08.2008].

Becker, David (undatiert): Polemische Gedanken über Opfer, Täter und Helfer. URL: [http://www.-freitag.de/edition/trauma\\_leseprobe.htm](http://www.-freitag.de/edition/trauma_leseprobe.htm) [Stand 16.03.2008].

Behnsen, Erika; Bernhardt, Andrea (1999): Psychotherapeutengesetz (PsychThG). Köln:

Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.

Beogradsko psihoanalitičko društvo (undatiert): Kratka istorija psihoanalize u Srbiji. URL: [http://www.bpa.org.yu/active/sr-latin/home/history\\_of\\_ps psychoanalysis\\_in\\_serbia.html](http://www.bpa.org.yu/active/sr-latin/home/history_of_ps psychoanalysis_in_serbia.html) [Stand 20.09.2008].

Beslija, Armin (1997): Psychotherapy with Refugees from Bosnia-Herzegowina. *Transactional Analysis Journal*, 27(1), 49–54.

Besser-Sigmund-Institut für praxisbezogene psychologische Programme GmbH (undatiert): wingwave. URL: <http://www.wingwave.de> [Stand 30.08.2008].

Birck, Angelika (2000): Wie krank muss ein Flüchtling sein, um von der Abschiebung ausgenommen zu werden? URL: <http://www.thieme-connect.com/ejournals/html/psycho-trauma/doi/10.1055/s-2001-11986> [Stand 24.08.2008].

Birck, Angelika (2001): Die Verarbeitung sexualisierter Gewalt in der Kindheit bei Frauen in der Psychotherapie. Berlin: Behandlungszentrum für Folteropfer.

Birck, Angelika (2002): Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? Heidelberg: Asanger.

Birck, Angelika; Pross, Christian; Lansen, Johan (Hg.) (2002): Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. Berlin [u. a.]: Springer.

Biskup, Harald (2005): Wir stellen Emotionalität bewusst dar. Die Ausstellung „Flucht, Vertreibung, Integration“ im Bonner Haus der Geschichte. *Kölner Stadt-Anzeiger*, 27.12.2005. URL: [http://www.jugendmigrationsdienste.de/\\_template.php?l=1&action=news&task=detail&artid=227&mid=0](http://www.jugendmigrationsdienste.de/_template.php?l=1&action=news&task=detail&artid=227&mid=0) [Stand 25.01.2008].

Blake, D. D.; Weathers, F. W.; Nagy, L. M.; Kaloupek, D. G.; Gusman, F. D.; Charney, D. S.; Keane, T. M. (1995). The Development of a Clinician-administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75–90.

Bolibok, B. (2001): The Plural ‚Self‘: Group Therapy with Bosnian Women Survivors of War. *Smith College Studies in Social Work*. 71(3), 459–472.

Bourdieu, Pierre (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bowker, Geoffrey C.; Star, Susan Leigh (2002): Sorting Things Out. Classification and Its Consequences. 4<sup>th</sup> printing. Massachusetts: Institute of Technology.

Bracken, Patrick J. (2001): Post-modernity and Post-traumatic Stress Disorder. *Social science and medicine*, 53(6), 733–743.

Braegger, Anna S. (undatiert): Rolle des Gedenkens. URL: <http://www.braegger.de/> [Stand 16.03.2008].

Bringa, Tone (1995): Being Muslim the Bosnian Way. Identity and Community in a Central Bosnian Village. Princeton: Princeton University Press.

Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas (Hg.) (2000): Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bundesrat (15.12.1992): Drucksache 902/3/92. URL: <http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/BBD902-92.pdf> [Stand 31.08.2008].

Bundestag (26.02.1999): Drucksache 14/455. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/14/004/1400455.pdf>

[Stand 30.08.2008].

Bundestag (28.03.1996): Drucksache 13/4252, Fragepunkt 40. URL:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/042/1304252.pdf> [Stand 11.09.2008]. 20 f..

Bundestag (30.06.2000): Drucksache 14/3729. URL:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/037/1403729.pdf> [Stand 17.09.2008].

Butollo, Willi; Hagl, Maria (2003): Trauma, Selbst und Therapie. Konzepte und Kontroversen in der Psychotraumatologie. Bern: Verlag Hans Huber.

BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer) (2003): Jahresbericht 2003. URL:

<http://www.bzfo.de/portal/pics/jahresbericht2003.pdf> [Stand 21.09.2008].

BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer) (2004): Jahresbericht 2004. URL:

<http://www.bzfo.de/portal/pics/jahresbericht2004.pdf> [Stand 21.09.2008].

BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer) (2005): Jahresbericht 2005. URL:

[http://www.bzfo.de/portal/pics/jahresbericht\\_2005.pdf](http://www.bzfo.de/portal/pics/jahresbericht_2005.pdf) [Stand 21.09.2008].

BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer) (2006): Jahresbericht 2006. URL:

[http://www.bzfo.de/portal/pics/jahresbericht06\\_web.pdf](http://www.bzfo.de/portal/pics/jahresbericht06_web.pdf) [Stand 21.09.2008].

BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer) (2007): Jahresbericht 2007. URL:

[http://www.bzfo.de/portal/pics/jahresbericht\\_2007.pdf](http://www.bzfo.de/portal/pics/jahresbericht_2007.pdf) [Stand 21.09.2008].

BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer) (2008): Veröffentlichungen. URL:

<http://bzfo.itxmedia.de/portal/pics/bzfo-litchron.pdf> [Stand 08.03.2008].

BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer) (undatiert): Forschungsabteilung des bzfo. URL:

<http://www.bzfo.de/portal/loader.php?seite=forschung&navigation=1341> [Stand 23.08.2008].

BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer) (undatiert): Schreibtherapie – Lebenstagebuch.de.

URL: <http://www.lebenstagebuch.de> [Stand 04.06.2008].

Cannon, Walter B. (1942): "Voodoo" Death. *American Anthropologist*, 44, 169–181.

Catania (undatiert): Die Ziele von Catania. URL: <http://www.catania-online.org/profil.html> [Stand 08.03.2008].

Ćatović, Vernesa (2004): „Seelennarben“ – Zur Bedeutung traumatischer Kriegserfahrungen für soziale und persönliche Beziehungen bei traumatisierten Frauen aus ex-Jugoslawien. Unveröffentlichte Diplomarbeit (Freie Universität Berlin, Fachbereich Psychologie).

Černi, Lidia (2006): Psihoanaliza u Hrvatskoj. URL: <http://www.vjesnik.com/pdf/2006%5C05%5C13%5C71A71.pdf> [Stand 20.09.2008].

Certeau, Michel de (1988): Kunst des Handelns. Berlin: Merve.

Charité (2007): Wissenschaftliche Veranstaltungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité. URL: [http://www.charite.de/psychiatrie/aktuelles/post\\_lectures\\_charite.pdf](http://www.charite.de/psychiatrie/aktuelles/post_lectures_charite.pdf) [Stand 22.10.2008].

Cienfuegos, A. J.; Monelli, C. (1983): The Testimony of Political Repression as a Therapeutic Instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 4–51.

Clarke, Adele E. (2005): Situational Analysis. Grounded Theory After the Postmodern Turn. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.

Classen, Georg (1999): Menschenwürde mit Rabatt. Leitfaden und Dokumentation zum Asylbewerberleistungsgesetz. 2. vollständig überarbeitete Auflage vom 21.11.1999. URL:

- <http://www.proasyl.de/lit/classen2/classen2-1.htm> [Stand 07.10.2002].
- Conrad, Peter (1992): Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.
- Conrad, Peter (2007): The Medicalization of Society. On the Transformation of the Human Conditions Into Treatable Disorders. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Corvo, Kenneth; Peterson, Jaia (2005): Post-Traumatic Stress Symptoms, Language Acquisition, and Self-Sufficiency: A Study of Bosnian Refugees. *Journal of Social Work*, 5(2), 205–219.
- Coyne, James. C.; Kagee, Ashraf; Karcic, Arsad A.; Karcic, Edin (2000): Mental Health Among Bosnian Refugees. *Journal of the American Medical Association*, 283(1), 55–56.
- d'Halluin, Estelle (2006): La mobilisation du clinicien dans les procédures d'asile en France: pratiques et dilemmes. *L'évolution psychiatrique*, 71, 512–534.
- Dahl, Solveig; Mutapčić, Atifa; Schei, Berit (1998): Traumatic Events and Predictive Factors for Posttraumatic Symptoms in Displaced Bosnian Women in a War Zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 137–145.
- Dahlke, Rüdiger (1999): Krankheit als Sprache der Seele. Be-Deutung und Chance der Krankheitsbilder. München: Goldmann.
- DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) (1999): Programm des 1. Kongress[es] der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie. URL: [http://www2.uni-jena.de/svw/klindiag/research/tagung\\_ptb.htm](http://www2.uni-jena.de/svw/klindiag/research/tagung_ptb.htm) [Stand 11.11.2007].
- DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) (2007): Traumafolgen – alles Posttraumatische Belastungsstörung oder was? 9. Jahrestagung der Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie und Workshoptagung der European Society for Traumatic Stress Studies (EWOTS). Abstractband. URL: <http://www.degpt.de/daten/Abstract2007.pdf> [Stand 11.11.2007].
- Deleuze, Gilles; Guattari, Félix (1977): Rhizom. Berlin: Merve.
- Denis, Doris (2004): Die Angst fährt immer mit... Wie Lokführer traumatisierende Schienenunfälle bewältigen. Heidelberg: Asanger.
- Denis, Doris; Ebbinghaus, R. (1996): Psychische Störungen nach politischer Haft. Diagnostik, Begutachtung, Therapie. Vortrag: Forum zur psychosozialen Prävention. Therapie, Rehabilitation „Brennpunkte in der Psychiatrie“, Hamburg (02. – 04.05.1996). unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.
- Dethlefsen, Thorwald; Dahlke, Rüdiger (2008): Krankheit als Weg. Deutung und Be-Deutung der Krankheitsbilder. München: Goldmann.
- Deutsche Kinemathek Museum für Film und Fernsehen (2006): Ausstellung „Kino im Kopf“ in Berlin. URL: <http://www.filmmuseum-berlin.de/kino-im-kopf/> [Stand 04.06.2008].
- Dickow, Helga (2000): Letzter Ausweg Weiterwanderung? In: Handbuch der Asylarbeit. URL: <http://www.asylnetz.de/Seiten/information/weiterwanderung/letzterAusw.html> [Stand 30.08.07].
- Droždek, Boris (1997): Follow-up Study of Concentration Camp Survivors from Bosnia-Herzegovina: Three Years Later. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(11), 690–694.
- Droždek, Boris (2006): Interkulturelle Traumabehandlung. Eine Rückkehr zu den Grundlagen oder eine Erweiterung der Grenzen des Berufsstandes? In: Maercker, Andreas; Rosner, Rita (Hg.): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme. 25–35.

- Dumit, Joseph (2000): When Explanations Rest. "Good enough" Brain Science and New Socio-Medical Disorders. In: Lock, Margarete; Young, Alan; Cambrosio, Alberto (Hg.): *Living and Working With the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge: University Press.
- Dumit, Joseph (2003): Is It Me or My Brain? Depression and Neuroscientific Facts. *Journal of Medical Humanities*, 24 (1/2), 35–47.
- Dumit, Joseph (2004): *Picturing Personhood. Brain Scans and Biomedical Identity*. Princeton: University Press.
- Eastmond, Marita (2006): Transnational Returns and Reconstruction in Post-War Bosnia and Herzegovina. *International Migration*, 44 (3), 141–164.
- Ehlers, A., Mayou, R.A.; Bryant, B. (1998): Psychological Predictors of Chronic PTSD After Motor Vehicle Accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508–519.
- Eissler, Kurt R. (1963): Die Ermordung von wievielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? *Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde*. 13(5). 241–291.
- Ellerkmann, Richard (2007): Nachkriegsentwicklung: Wahlen 1996–1999. In: Kesselring, Agilolf (Hg.): *Wegweiser zur Geschichte Bosnien-Herzegowina*. Paderborn [u. a.]: Schöningh. 163–173.
- EMDR Institute, Inc. (undatiert): URL: <http://www.emdr.com/index.htm> [Stand 21.10.2008].
- Emmerich, Marlies (1996): Eine Rückkehr in die Heimat ist noch ausgeschlossen. Bosnische Flüchtlinge fürchten um ihren Besitz. Berliner Zeitung vom 10.05.1999. URL: <http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/1996/0510/none/0043/index.html> [Stand 21.09.2008].
- Endele, Kerstin (2008): Unterstützungsangebot für Folteropfer. Charité übernimmt Tagesklinik für traumatisierte Flüchtlinge. URL: <http://idw-online.de/pages/de/news246140> [Stand 09.03.2008].
- Fach austausch (2000): Fach austausch in Bosnien und Herzegowina vom 29. September bis 8. Oktober 2000. URL: <http://freenet-homepage.de/suedost/BosnienreiseSep2000.htm> [Stand 16.03.2008].
- Fassin, Didier; d'Halluin, Estelle (2005): The Truth from the Body: Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seeker. *American Anthropologist*, 107(4), 597–608.
- Ferren, P. M. (1999): Comparing Perceived Self-Efficacy Among Adolescent Bosnian and Croatian Refugees With and Without Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 405–420.
- Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Basel: Reinhardt.
- Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (1999): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 2. Auflage, München, Basel: Reinhardt.
- Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (2003): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 3. Auflage, München, Basel: Reinhardt.
- Fischer-Homberger, Esther (1983): *Medizin vor Gericht. Gerichtsmedizin von der Renaissance bis zur Aufklärung*. Bern [u. a.]: Verlag Hans Huber.
- Fischer-Homberger, Esther (1999): Zur Medizingeschichte des Traumas. *Gesnerus*, 56, 260–297.
- Fischer-Homberger, Esther (2004): *Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen*



- Leiden. Gießen: Psychosozial Verlag. (Unveränderte Neuauflage der Ausgabe von 1975, Bern [u. a.]: Verlag Hans Huber).
- Flüchtlingsrat Berlin (2003): Protokoll der 448. und 449. Flüchtlingsratssitzung im Berliner Missionswerk am 29. Januar und 19. Februar 2003. URL: [http://www.fluechtlingsrat-berlin.de/pdf/protokoll\\_448\\_449.pdf](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de/pdf/protokoll_448_449.pdf) [Stand 24.08.2008].
- Flüchtlingsrat Berlin (undatiert): Weisungsordner der Berliner Ausländerbehörde. URL: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/labo/auslaenderangelegenheiten/vaabhbln.pdf> [Stand 25.05.2008].
- Foa, E. (1996). Posttraumatic Diagnostic Scale Manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foucault, Michel (1968): Psychologie und Geisteskrankheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1974): Die Ordnung der Dinge. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1978): Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin: Merve.
- Foucault, Michel (1981): Archäologie des Wissens. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1983): Der Wille zum Wissen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1984): Von der Freundschaft. Berlin: Merve.
- Foucault, Michel (1991): Die Ordnung des Diskurses. Erw. Auflage Okt. 1997. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1969): Sigmund Freud Studienausgabe. Band 1. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1986): Briefe an Wilhelm Fließ 1887–1904. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1999): Gesammelte Werke chronologisch geordnet. Erster Band. Werke aus den Jahren 1892–1899. Frankfurt am Main: Fischer.
- freyafluten (15.12.2006): Chipkartensystem in Berlin ist abgeschafft. URL: <http://deindymedia.org/2006/12/164152.shtml> [Stand: 30.08.2007].
- Frommberger, U.; Schlickewei, W.; Kuner, E.; Berger, M. (1998): Bedeutung der posttraumatischen Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen. In: Bundesanstalt für Straßenwesen: Kongreßbericht 1997 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V.. 55–59.
- Fuchs, Stephan Pio (1999): Handlungsspielräume einer Flüchtlingspolitik zwischen völkerrechtlichen Rahmenbedingungen, staatlichen Prioritäten und kommunalen Interessen. Rechtliche, politische und humanitäre Aspekte der Aufnahme von bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingsen in München 1992–1997. Frankfurt am Main [u. a.]: Lang. (= Europäische Hochschulschriften: Reihe 31, Politikwissenschaften; Bd. 391).
- Funke, Hajo; Rhotert, Alexander (1999): Unter unseren Augen. Ethnische Reinheit: Die Politik des Milosevic-Regimes und die Rolle des Westens. Berlin: Das Arabische Buch.
- Galison, Peter (1999): Trading Zone: Coordinating Action and Belief. In: Biagioli, Mario (Hg.): The Science Studies Reader. New York and London: Routledge. 137–160.
- Geuter, Ulfried (1984): Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gierlichs, Hans Wolfgang (2001): Ärztliche Gutachten über evtl. traumatisierte Flüchtlinge. URL:

- <http://www.lobby-fuer-menschenrechte.de/docs/traumatisiert.pdf> [Stand 21.10.2008].
- Gierlichs, Hans Wolfgang (2002): Wissen über Traumata mangelhaft. *Deutsches Ärzteblatt*, 99(33). URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/lit.asp?id=32587> [Stand 24.08.2008].
- Goffman, Erving (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Grabitz, Christoph; Schneller, Simon (2008): „Oh, schöner Schmerz“. *Chrismon*, 6. URL: <http://www.chrismon.de/2946.php> [Stand 31.08.2008].
- Gregurek, Rudolf; Tocilj-Šimunković, Gordana; Gruden, Vladimir (1999): Trauma and Reconstruction in a Large Group of Refugees. *Collegium Antropologicum*, 23(1), 299–308.
- Groninger, Kathrin (2001): Zur Konstituierung traumatisierter Flüchtlinge: Verfolgt – Begutachtet – Anerkannt? Die Bedeutung polizeiärztlicher Untersuchungen für bosnische Kriegsflüchtlinge. Unveröffentlichte Diplomarbeit (Freie Universität Berlin, Fachbereich Psychologie).
- Groninger, Kathrin (2006): Flüchtlinge und Traumabearbeitung: im Spannungsfeld ausländerrechtlicher Weisung und psychotherapeutischer Hilfe. *Trauma Research Special Issue 2006*. URL: <http://www.traumaresearch.net/special2006/groninger.htm> [Stand 14.12.2008].
- Hacking, Ian (1986): Making Up People. In: Heller, Thomas C.; Sosna, Morton; Wellbery, David E. (Hg.): *Reconstructing Individualism. Autonomy, Individuality, and the Self in Western Thought*. Stanford: University Press.
- Hacking, Ian (1996): Memory Sciences, Memory-Politics. In: Antze, Paul; Lambek, Michael: *Tense Past. Cultural Essays in Trauma and Memory*. London: Routledge. 67–88.
- Hacking, Ian (1999): *The Social Construction of What?* Cambridge, London: Harvard University Press.
- Hacking, Ian (2001): *Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Haenel, Ferdinand; Wenk-Ansohn, Mechthild (Hg.) (2004): *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Heinrich, K. (2004): Kritisches über posttraumatische Belastungsstörungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 72 (7), 373–374.
- Hofmann, Arne (2004): *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. 2. unveränderte Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.
- Hohlfeld, Thomas (2008): Strategien der Ausschaffung. Eine Archäologie der Flüchtlingsbürokratie. URL: <http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRSearchServlet?mode=results&id=-jx1yz4e0il3zfk8lk9ug&numPerPage=10> [Stand 23.08.2008].
- Holch, Christine (2008a): „Wir kultivieren den Depri“. *Chrismon*, 5. URL: <http://www.chrismon.de/3101.php> [Stand 03.12.2008].
- Holch, Christine (2008b): Was wollte ich hier bloß? *Chrismon*, 7. URL: <http://www.chrismon.de/3134.php> [Stand 03.12.2008].
- Horowitz, Mardi J., Wilner, N., Alvarez, W. (1979): Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- IMK (Ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder)(2000): TOP 8: Regelungen für Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina und Kosovo insbesondere für Traumatisierte aus Bosnien-Herzegowina. URL:

- <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/inneres/einwohner-zentralamt/service/auslaenderrechtliche-weisungen/zentrale-alb/weisung-1-2000.property=source.pdf> [Stand 31.08.2007].
- IMK (Ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder) (1996): Nachträglich öffentlich zugänglich gemachter Teil der Beschlussniederschrift der Sondersitzung der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder am 26. Januar 1996 in Bonn.
- Informationsverbund Asyl e. V. (undatiert): E.Bos.2. Anwendbarkeit des § 25 für traumatisierte bosnische Staatsangehörige, die nicht dem IMK-Beschluss vom 23./24.11.2000 unterfallen. URL: <http://www.asyl.net/Magazin/Docs/2005/M-5/7505.pdf> [Stand 02.08.2008].
- Initiative für ein Internationales Kulturzentrum (2005): Arbeitserlaubnis für traumatisierte Bosnier. URL: <http://www.iik-hannover.de/include.php?path=content/articles.php&contentid=36> [Stand 17.09.2008].
- Institute for Human and Machine Cognition (undatiert): CmapTools. URL: <http://cmap.ihmc.us/conceptmap.html> [Stand 16.07.2008].
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (undatiert): URL: <http://www.ircct.org> [Stand 25.08.2008].
- Islamisches Kulturzentrum der Bosniaken in Berlin (undatiert): URL: <http://www.ikc-berlin.de> [Stand 21.11.2008].
- Joksimović, Ljiljana; Čavka, Majda; Kruse, Johannes; Schmitz, Norbert (2005): Symposium 6. Somatoforme Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Kriegsmigranten – Einfluss der Traumatisierung und Evaluation eines Therapiekonzeptes. 5. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie. URL: [http://www.trauma2005.de/html/popups/symposien/popup\\_s06\\_15.htm](http://www.trauma2005.de/html/popups/symposien/popup_s06_15.htm) [Stand 21.10.2008].
- Jones, Edgar; Vermaas, Robert Hodgins; McCartney, Helen; Beech, Charlotte; Palmer, Ian; Hyams, Kenneth; Wessely, Simon (2003): Flashbacks and Post-Traumatic Stress Disorder: The Genesis of a 20th-Century Diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 158–163.
- Jones, L. (1998): Adolescent Groups for Encamped Bosnian Refugees: Some Problems and Solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3(4), 541–551.
- Jonitz, Günther (2001): Krankenhaus Moabit ist ein Exempel. *Berliner Ärzte*, 4/2001. URL: [http://www.aekb.de/10\\_Aktuelles/20\\_VortraegePraes/Archiv/996\\_3moabit.html](http://www.aekb.de/10_Aktuelles/20_VortraegePraes/Archiv/996_3moabit.html) [Stand 28.01.2008].
- Jovanović, Gordana (2002/2003): Trauma im gesellschaftlichen Umbruch. In: Ottmüller, Uta; Kurth, Winfried (Hg.): Trauma, gesellschaftliche Unbewusstheit und Friedenskompetenz. Jahrbuch für psychohistorische Forschung 3. Heidelberg: Mattes Verlag. 133–140.
- Kast, Bas (2007a): Mit der Welle aus dem Tal. *Tagesspiegel*, 12.08.2007. URL: <http://www.tagesspiegel.de/magazin/wissen/gesundheit/Depressionen-Charit%E9;art300,2356624> [Stand 25.08.2008].
- Kast, Bas (2007b): Wie werde ich ein Genie? *Zeitmagazin Leben*, 30, 19.07.2007. URL: <http://www.zeit.de/2007/30/Intuition?page=1> [Stand 25.08.2008].
- Keilson, Hans (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Stuttgart: Enke Verlag.
- Keilson, Hans (2005): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Unveränderter Neudruck der Ausgabe von 1979. Gießen: Psychosozial-



Verlag.

- Kleinman, Arthur (Hg.) (1985): Culture and Depression. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1995): Violence, Culture, and the Politics of Trauma. In: Kleinman, Arthur: Writing at the Margin. Berkeley: University of California Press. 173–189.
- Kloocke, Ruth; Schmiedebach, Heinz-Peter; Priebe, Stefan (2005a): Psychological Injuries in the Two World Wars: Changing Concepts and Terms in German Psychiatry. *History of Psychiatry*, 16 (1), 43–60.
- Kloocke, Ruth; Schmiedebach, Heinz-Peter; Priebe, Stefan (2005b): Psychisches Trauma in deutschsprachigen Lehrbüchern der Nachkriegszeit – die psychiatrische „Lehrmeinung“ zwischen 1945 und 2002. *Psychiatrische Praxis*, 32, e1–e15.
- Koehler, Karl; Saß, Henning (1984): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-III. Weinheim, Basel: Beltz.
- Koellreuter, Anna (2007): Als Patientin bei Freud 1921. Aus dem Tagebuch einer Analysandin. *Werkblatt* 58, 24(1), 3–24.
- Koptagel-Ilal, Günsel (2002): Migration und Trauma. Zur Psychodynamik der Konflikte und Traumata. In: Özkan, Ibrahim; Streeck-Fischer, Annette; Sachsse, Ulrich (Hg): Trauma und Gesellschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 196–207.
- Kozarić-Kovačević, D.; Folnegović-Šmalc, V.; Škrinjarić, J.; Szajnberg, N. M.; Marušić, A. (1995): Rape, Torture, and Traumatization of Bosnian and Croatian Women: Psychological Sequelae. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3), 428–433.
- Kriegskind.de e. V. (undatiert): Der Verein. URL: <http://www.kriegskinder.de> [Stand 25.10.2007].
- Kuckartz, Udo (1995): Case-Oriented Quantification. In: Kelle, Udo (Hg.): Computer-Aided Qualitative Data Analysis. Theory, Methods and Practice. London: Sage. 158–166.
- Kuckartz, Udo (2005): Einführung in die computer-gestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuwert, Philipp; Spitzer, Carsten; Träder, Anna; Feyberger, Harald J.; Ermann, Michel (2007): Post-traumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52(3), 212–217.
- LABO (Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten) (2001): Geschäftsbericht 2001. URL: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lea/allgemein/geschaeftsberichte/geschaeft2001.pdf> [Stand 14.12.2008].
- LABO (Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten) (2002): Geschäftsbericht 2002. URL: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lea/allgemein/geschaeftsberichte/geschaeft2002.pdf> [24.11.2008].
- LABO (Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten) (2004): Geschäftsbericht 2004. URL: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lea/allgemein/geschaeftsberichte/geschaeft2004.pdf> [Stand 24.11.2008].
- LaGeSo (Landesamt für Gesundheit und Soziales) (2003): Jahresbericht 2003 – eine Bilanz sozialer Leistungen. URL: <http://www.berlin.de/SenGesSozV/lageso/pdf/jahresbericht.pdf> [Stand 29.08.2007].
- LaGeSo (Landesamt für Gesundheit und Soziales) (2004a): Mindestanforderungen für die Unterbringung von Aussiedler/innen, Asylbewerber/innen sowie Kontingent- und anderen

- Flüchtlingen Stand 08/2004. URL: [http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Mindeststandards\\_LaGeSo-Heime.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Mindeststandards_LaGeSo-Heime.pdf) [Stand 29.08.2007].
- LaGeSo (Landesamt für Gesundheit und Soziales) (2004b): Jahresbericht 2004 – eine Bilanz sozialer Leistungen. URL: [http://www.berlin.de/SenGesSozV/lageso/pdf/jahresbericht\\_2004.pdf](http://www.berlin.de/SenGesSozV/lageso/pdf/jahresbericht_2004.pdf) [Stand 29.08.2007].
- Lamprecht, Friedhelm (Hg.) (2006): Praxisbuch EMDR. Modifizierung für spezielle Anwendungsgebiete. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Landtag Schleswig-Holstein (12.05.2000): Plenarprotokoll 15/4. URL: [http://www.sh-landtag.de/infothek/wahl15/plenum/plenprot/2000/15-004\\_05-00.pdf](http://www.sh-landtag.de/infothek/wahl15/plenum/plenprot/2000/15-004_05-00.pdf) [Stand 11.11.2007]. S. 194–199.
- Leys, Ruth (2000): Trauma. A Genealogy. Chicago: University of Chicago Press.
- Links-lang.de (2008): So wurden Kinder Soldaten. URL: <http://www.links-lang.de/presse/7444.php> [Stand 04.06.2008].
- Lobby für Menschenrechte e. V. (undatiert): URL: <http://www.lobby-fuer-menschenrechte.de> [Stand 20.09.2008].
- Loftus, Elizabeth F. (1993): The Reality of Repressed Memory. *American Psychologist*, 48(5), 518–537. URL: <http://faculty.washington.edu/eloftus/Articles/lof93.htm> [Stand 20.09.2008].
- Loftus, Elizabeth F. (2003): Make-Believe Memories. *American Psychologist*, 58(11), 867–873. URL: [http://faculty.washington.edu/eloftus/Articles/AmerPsychAward+ArticlePDF03%20\(2\).pdf](http://faculty.washington.edu/eloftus/Articles/AmerPsychAward+ArticlePDF03%20(2).pdf) [Stand 20.09.2008].
- Lützel, Annette (1999): Posttraumatische Belastungsstörung: Analyse eines diagnostischen Konzepts und dessen gesellschaftspolitische Implikationen. Unveröffentlichte Diplomarbeit (Freie Universität Berlin, Fachbereich Psychologie).
- Maercker, A.; Forstmeier, S.; Wagner, B.; Glaesmer, H.; Brähler, E. (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577–586.
- Maercker, A.; Herrle, J.; Grimm, I. (1999). Dresdener Bombennachtsoffer 50 Jahre danach. Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 157–167.
- Maercker, Andreas (Hg.) (1997): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Maercker, Andreas (Hg.) (2002): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. 2. Auflage., Berlin, Heidelberg: Springer.
- Maercker, Andreas; Schützwohl, Matthias (1995): Psychische Folgen politischer Inhaftierung in der DDR. In: Stephan, A. (Hg.) Zur medizinischen, psychischen und politischen Beurteilung von Haftfolgeschäden nach 1945 in Deutschland. Magdeburg: Friedrich-Ebert-Stiftung. 83–93.
- Maercker, Andreas; Schützwohl, Matthias (1998): Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44, 130–141.
- Mai, Marina (2001): Räume und Gänge eines Stadtmaulwurfs. *Freitag*, 50 (07.12.2001) URL: <http://www.freitag.de/2001/50/01500801.php> [Stand 31.08.2007].
- Maier, Thomas; Schnyder, Ulrich (Hg.) (2007): Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch. Bern: Hans Huber/Hogrefe.

- Martić-Biocina, S.; Spoljar-Vrzina, S. M.; Rudan, V. (1996): Anthropological and Psychodynamic Characteristics of Family Life of Displaced Persons and Refugees. An Example From the Island of Hvar (Croatia) – Problems and Perspectives. *Collegium Antropologicum*, 20(2), 301–308.
- Marušić, A.; Kozarić-Kovačić, D.; Folnegović-Šmalc, V.; Ljubin, T.; Zrnčić, A.; Ljubin, S. (1995): Use of Two PTSD Scales in Assessing Posttraumatic Stress Disorder in Refugees and Displaced Persons From Bosnia and Herzegovina and Croatia. *Psychologische Beiträge*, 37(1–2), 209–214.
- Masson, Jeffrey M. (1984): *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Masson, Jeffrey M. (1984): Was hat man dir, du armes Kinde, getan? Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie. Reinbek: Rowohlt.
- Masson, Jeffrey M. (1993): Sexueller Missbrauch. Mit Freud fing es an. *EMMA*, Sep./Okt. 1993. URL: [http://www.emma.de/mit\\_freud\\_fing\\_es\\_an\\_05\\_1993.html](http://www.emma.de/mit_freud_fing_es_an_05_1993.html) [Stand 06.11.2007].
- Matussek, Paul (1971): *Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen*. Berlin [u. a.]: Springer.
- MAXQDA2 (undatiert): URL: <http://www.maxqda.de/> [Stand 23.09.2008].
- Mayes, R.; Horowitz, AV. (2005): DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41 (3), 249–267.
- Medical Outcome Systems, Inc. (undatiert): M.I.N.I. Download. URL: <https://www.medical-outcomes.com/HTMLFiles/PrivateAccounts/MINI/Downloads/Files/English/MINIPlus500.pdf> [Stand 05.06.2008].
- Merkord, Frank (2002): Der Fluss des Lebens – Die Bearbeitung der individuellen Lebensgeschichte im Psychodrama. In: Birck, Angelika; Pross, Christian; Lansen, Johan (Hg.): *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer* Berlin. Berlin [u. a.]: Springer. 143–172.
- Michels-Vermeulen, Ulrike (2000): Bericht über eine Reise nach Bosnien. Vortrag auf dem 6. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin. URL: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=730&type=infotext> [Stand 21.03.2008].
- Mihok, Brigitte (2001): *Zurück nach Nirgendwo: Bosnische Roma-Flüchtlinge in Berlin*. Berlin: Metropol.
- Miller, Kenneth E.; Muzurović, Jasmina; Worthington, Gregory J.; Tipping, Susannah; Goldman, Allison (2002a): Bosnian War Refugees and the Stressors of Exile: A Narrative Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 341–354.
- Miller, Kenneth E.; Weine, Stevan M.; Ramić, Alma; Brkić, Nendad; Bjedić, Zvezdana Djurić; Smajkić, Amer; Boškailo, Esad; Worthington, Greg (2002b): The Relative Contribution of War Experiences and Exile-Related Stressors to Levels of Psychological Distress Among Bosnian Refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 377–387.
- Miller, Peter (1986): Psychotherapy of Work and Unemployment. In: Miller, Peter; Rose, Nikolas (Hg.): *The Power of Psychiatry*. Cambridge: Polity Press. 143–176.
- Momartin, S.; Silove, D.; Manicavasagar, V.; Steel, Z. (2003): Dimensions of Trauma Associated with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Caseness, Severity and Functional Impairment: A Study of Bosnian Refugees Resettled in Australia. *Social Science & Medicine*, 57(5), 775–782.
- Momartin, S.; Silove, D.; Manicavasagar, V.; Steel, Z. (2004a): Comorbidity of PTSD and Depression: Associations with Trauma Exposure, Symptom Severity and Functional Impairment in Bosnian Refugees Resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 80(2–3), 231–238.

- Momartin, S.; Silove, D.; Manicavasagar, V.; Steel, Z. (2004b): Complicated Grief in Bosnian Refugees: Associations with Posttraumatic Stress Disorders and Depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 475–482.
- Museum der deutschen Versicherungswirtschaft (undatiert): Historisches ab 1750 v. Chr. URL: <http://www.versicherungs-geschichte.de/historisches-ab-1750-vchr.html> [Stand 28.08.2007].
- Nagel, Lars-Marten (2006): „Was ein Trauma im Gehirn bewirkt.“ *Berliner Zeitung*, 29.08.2006. URL: <http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2006/0829/wissenschaft/0012/index.html> [Stand 31.08.08].
- NAV-Virchow-Bund (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.) (2005): Debatte um Nachzahlungen für Psychotherapeuten und deren KV-Zugehörigkeit hält an. *Neuro-Psychiatrische Zeitung*, 4. URL: [http://www.bvvp.de/news05/naz\\_0605.htm](http://www.bvvp.de/news05/naz_0605.htm) [Stand 11.07.2008].
- Niederland, William G. (1980): Folgen der Verfolgung: das Überlebenden-Syndrom Seelenmord. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ollech, Anke (2007): „Zerrissen irgendwo in der Welt“ – Subjektive Krankheits-, Problem- und Therapievorstellungen extremtraumatisierter Flüchtlinge in Deutschland. Berlin: Mensch und Buch Verlag.
- Orth, Ulrich; Maercker, Andreas (2004): Do Trials of Perpetrators Retraumatize Crime Victims? *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (2), 212–227.
- Ostseezeitung (14.11.2008): Die Kriegskinder von Jördenstorf erinnern sich. 7.
- Ottomeyer, Klaus; Renner, Walter (Hg.) (2006): Interkulturelle Trauma-Diagnostik. Probleme, Befunde und Richtlinien für die Begutachtung von Asylsuchenden. Klagensfurt/Celovec: dravaDiskurs.
- Papadopoulos, R. (1999): Working with Bosnian Medical Evacuees and Their Families: Therapeutic Dilemmas. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(1), 107–120.
- Pejović, M.; Jovanović, A.; Djurdjić, S. (1997): Psychotherapy Experience with Patients Treated for War Psychotraumas. *Psychiatriki*, 8(2), 136–141.
- Pfeiffer, Anett (2006): Präsentation der unveröffentlichten Diplomarbeit im Bereich Psychologie an den Universitäten Leipzig und Konstanz: „Posttraumatische Belastungsstörung, Depression und Angststörung am Beispiel ehemaliger Entführter in Norduganda“ im Forschungskolloquium des Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin.
- Post, Stephen G. (2000): The Concept of Alzheimer Disease in a Hypercognitive Society. in: Whitehouse, Peter; Maurer, Konrad; Ballenger, Jesse F. (Hg.): Concepts of Alzheimer Disease. Biological, Clinical, and Cultural Perspectives. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 245–256.
- Priebe, Stefan; Rudolf, Hans; Bauer, Michael; Häring, Bettina (1993): Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR – Sichtweisen der Betroffenen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 61, 55–61.
- Prior, Lindsay (1997): Following in Foucault's Footsteps: Text and Context in Qualitative Research. In: Silverman, David (Hg.): Qualitative Research. Theory, Method and Practice. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage. 63–79.
- Pro Asyl e. V. (2000a): Tätigkeitsbericht des Vorstandes des Fördervereins PRO ASYL e. V. 1999/2000. URL: [http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm\\_redakteure/Archiv/rep\\_992000.pdf](http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Archiv/rep_992000.pdf) [Stand 24.08.2008].

- Pro Asyl e. V. (2000b): Weil Humanität und Recht es gebieten: Bleiberechtsregelung für bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge in Deutschland. URL: [http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm\\_redakteure/Archiv/Flyer/2000/bosnien.pdf](http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Archiv/Flyer/2000/bosnien.pdf) [Stand 24.08.2008].
- Projektgruppe „Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen“ (undatiert): URL: <http://www.sbpn.de> [Stand 24.08.2008].
- Pross, Christian (1988): Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer. Frankfurt am Main: Athenäum.
- Pross, Christian (2007): Rede zur Verleihung der Georg Klemperer Medaille. URL: [http://www.aerztekammer-berlin.de/10\\_Aktuelles/15\\_meldungen/0249Klemperer\\_Medail\\_Verleihung/0249\\_Rede\\_von\\_Christian\\_Pross.pdf](http://www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/15_meldungen/0249Klemperer_Medail_Verleihung/0249_Rede_von_Christian_Pross.pdf) [Stand 20.09.2008].
- Pross, Christian; Winau, Rolf (Hg.) (1984): Nicht mißhandeln. Das Krankenhaus Moabit. Berlin: Edition Hentrich.
- Psychotherapeutenkammer Berlin (2007): Liste der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten im Land Berlin. Psychologisch-gutachterliche Stellungnahmen von psychisch-reaktiven Traumafolgen bei Bürgerkriegsflüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Letzte Aktualisierung 17.10.2007. URL: <http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/fr.htm> [Stand 20.10.2008].
- Psychotherapeutenkammer Berlin (2008): Psychosomatik in der Zahnmedizin – Ein fachübergreifendes Fortbildungsprojekt der Psychotherapeutenkammer Berlin und der Zahnärztekammer Berlin (18.07.2008). URL: <http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/fr.htm> [Stand 20.10.2008].
- Psz-Halle (Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt) (undatiert): Fragen und Antworten. URL: [http://www.psz-halle.de/fragen\\_antworten.html](http://www.psz-halle.de/fragen_antworten.html) [Stand 21.10.2008].
- Pupavac, Vesna (2004): International Therapeutic Peace and Justice in Bosnia. *Social and Legal Studies*, 13 (3), 377–401.
- Rafailović, Katarina (2005): Problemfeld Begutachtung ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge. URL: [http://www.socialnet.de/materialien/diplom/0603rafailovic\\_fluechtlinge.pdf](http://www.socialnet.de/materialien/diplom/0603rafailovic_fluechtlinge.pdf) [Stand 16.03.2008].
- Rauch, Scott; van der Kolk, Bessel A.; Ffischer, Rita; Alpert, Nathaniel; Orr, Scott R.; Savage, Cary; Jenike, Michael A.; Pitman, Roger K. (1996): A Symptom Provocation Study of Posttraumatic Stress Disorder Using Positron Emission Tomography and Script-driven Imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380–387.
- Refugio Bremen (undatiert): Refugio Bremen heißt sie herzlich willkommen. URL: [www.refugio-bremen.de/index.html](http://www.refugio-bremen.de/index.html) [Stand 18.10.2008].
- Reichelt, Eva Marie (2000): Danke Deutschland, aber... URL: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=727&type=infotext> [Stand 11.11.2007].
- Ricklin, Franziska (2006): In Begleitung des Damals. Die posttraumatische Belastungsstörung im Alter als Spätfolge traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg. URL: <http://www.poolalarm.de/kinderschutz/DIPLOMARBEIT.pdf> [Stand 04.06.2008].
- Riedesser, Peter (1973): Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutscher Caritasverband e. V. Freiburg: Caritas '73. Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes. 161–171.



- Riedesser, Peter (1982): Die psychischen Gefährdungen des Gastarbeiterkindes. In: Deutscher Caritasverband e. V. Freiburg: Caritas '82. Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes. 133–135.
- Riedesser, Peter; Verderber, Axel (1996): „Maschinengewehre hinter der Front“. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. Frankfurt am Main: Fischer.
- Röben, Volker (1996): Völkerrechtliche Praxis der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1996. Asyl- und Flüchtlingsrecht. URL: [http://www.mpil.de/ww/de/pub/forschung/forschung\\_im\\_detail/publikationen/institut/prax/pr96.cfm?fuseaction\\_prax=act&act=pr96\\_12](http://www.mpil.de/ww/de/pub/forschung/forschung_im_detail/publikationen/institut/prax/pr96.cfm?fuseaction_prax=act&act=pr96_12) [Stand 28.08.2007].
- Rose, Nikolas (1985): The psychological complex. Psychology, Politics and Society in England 1869–1939. London, Boston, Melbourne, Henley: Routledge and Kegan Paul.
- Rose, Nikolas (1990): Governing the Soul. The Shaping of the Private Self. London, New York: Routledge.
- Rose, Nikolas (1998): Inventing our Selves. Psychology, Power, and Personhood. Cambridge: University Press.
- Rosen, Gerald M.; Lilienfeld, Scott O. (2008): Posttraumatic Stress Disorder: An Empirical Evaluation of Core Assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28, 837–868.
- Sächsisches Finanzgericht (2003): Urteil vom 26.08.2003, Aktenzeichen: 2 K 780/01. URL: <http://www.r-archiv.de/article-print-1233.html> [Stand 29.08.2007].
- Sachsse, Ulrich (2002): Die Deutschen und das Kriegstrauma. Fragmente einer Auseinandersetzung. In: Özkan, Ibrahim; Streeck-Fischer, Annette; Sachsse, Ulrich (Hg): Trauma und Gesellschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 76–99.
- Salzl, Karl; Steege, Reinhard (1999): Psychotherapeutengesetz. Eine systematische Einführung in das neue Berufsrecht und Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Sander, Helke (1997): BeFreier und Befreite. (VHS). Berlin: Absolut Medien.
- Sander, Helke (2007): BeFreier und Befreite. (DVD). Berlin: Neue Visionen Medien.
- Sander, Helke (1990–1992): BeFreier und Befreite. (Dokumentarfilm). BRD.
- Sander, Helke (undatiert): URL: <http://www.helke-sander.de/Inhalt/Filme/befreier.html> [Stand 25.08.2008].
- Sander, Helke; Jahr, Barbara (1992): BeFreier und Befreite. Krieg, Vergewaltigungen, Kinder. München: Kunstmann.
- Sander, Helke; Jahr, Barbara (1995): BeFreier und Befreite. Krieg, Vergewaltigungen, Kinder. Frankfurt am Main: Fischer.
- Sander, Helke; Jahr, Barbara (2005): BeFreier und Befreite. Krieg, Vergewaltigungen, Kinder. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer.
- Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.
- Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV-TR. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.
- Schedlich, Boslijka (2005): Der Krieg in uns. URL: [http://www.suedost-ev.de/archiv/krieg\\_in\\_uns.php](http://www.suedost-ev.de/archiv/krieg_in_uns.php) [Stand 21.03.2008].

- Scheub, Ute (1996a): Klageflut provoziert. Bosnier ziehen vor Gericht. *taz*, 02.04.1996, 21.
- Scheub, Ute (1996b) Berlin verstößt gegen Dayton-Abkommen. Das Verwaltungsgericht moniert die restriktive und kontraproduktive Politik gegenüber bosnischen Flüchtlingen. *taz*, 02.04.1996, 21.
- Schlich, Thomas (1996): Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache: Wie die Medizin Krankheit beherrschen will. In: Borck, Cornelius (Hg.): *Anatomien medizinischen Wissens*. Frankfurt am Main: Fischer. (= Reihe Philosophie der Gegenwart, Fischer Taschenbücher Wissenschaft). 201–229.
- Schmidtbauer, Bernhard (2007): Kriegskinder leiden noch heute. *Ostseezeitung*, 10.05.2007, 22.
- Schwarz, Tobias (2003): Das Landeseinwohneramt IV: Die Berliner Ausländerbehörde. In: Projektstudien „Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin“, „Behörden und Migration“ (Hg.): *Verwaltet, entrechtet, abgestempelt – wo bleiben die Menschen?* URL: [http://userpage.fu-berlin.de/%7Ewolfseif/verwaltet-entrechtet-abgestempelt/texte/schwarz\\_landeseinwohneramt.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/%7Ewolfseif/verwaltet-entrechtet-abgestempelt/texte/schwarz_landeseinwohneramt.pdf) [Stand 21.09.2008].
- Schwettmann, Ekkard (2007): Zur Sicherheitslage in Bosnien-Herzegowina. In: Kesselring, Agilolf (Hg.): *Wegweiser zur Geschichte Bosnien-Herzegowina*. Paderborn [u. a.]: Schöningh. 93–103.
- Seidler, Günther H.; Eckart, Wolfgang U. (Hg.) (2005): *Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Senatsverwaltung für Inneres und Sport (undatiert): *Akten der Senatsverwaltung für Inneres zu Bosnien-Herzegowina*. Bände 9-21 (Januar 1996-April 1997). Berlin.
- Senatsverwaltung für Inneres und Sport (undatiert): *Akten der Senatsverwaltung für Inneres zu Bosnien-Herzegowina*. Band 28 (April/Mai 1998). Berlin.
- Senatsverwaltung für Inneres und Sport (undatiert): *Akten der Senatsverwaltung für Inneres zu Bosnien-Herzegowina*. Bände 36-39 (Januar 2000-November 2001). Berlin.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Der Beauftragte für Integration und Migration des Berliner Senats (2007): *Handlungsfelder der Zusammenarbeit mit islamischen Vereinen im Stadtteil*. URL: <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/publikationen/religion/handlungsfelder.pdf> [Stand 06.03.2008].
- Shapiro, Francine; Forrest, Margot Silk (2001): *EMDR in Aktion. Die Behandlung traumatisierter Menschen. Die neue Kurzzeittherapie in der Praxis*. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Sharratt, Sara; Kaschak, Ellyn (Hg.) (1999): *Assault on the Soul. Women in the Former Yugoslavia*. New York [u. a.]: The Haworth Press.
- Sheehan, D.V.; Lecrubier, Y.; Harnett-Sheehan, K.; Janavs, J.; Weiller, E.; Bonora, L.I.; Keskiner, A.; Schinka, J.; Knapp, E.; Sheehan, M.F.; Dunbar, G.C. (1997): Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Smith, André P. (2006): Negotiating the Moral Status of Trouble: The Experiences of Forgetful Individuals Diagnosed with No Dementia. In: Leibing, Annette; Cohen, Lawrence (Hg.): *Thinking about Dementia: Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*. Piscataway, Rutgers: The State University of New Jersey. 64–79.
- Soliman, Tina (2000): Ärzteskandal um Bosnienflüchtlinge – Abschieben um jeden Preis? Kontraste Sendung vom 6.7.2000. URL: [http://www.rbb-online.de/\\_kontraste/beitrag\\_jsp/key=rbb\\_beitrag\\_1252050.html](http://www.rbb-online.de/_kontraste/beitrag_jsp/key=rbb_beitrag_1252050.html) [Stand 28.09.2008].

- Sonnenberg, Gudrun (1996): Flüchtlinge unnötig verunsichert. Berlin verschickte verfrühte Ausreiseraufforderung an Bosnier. *Berliner Zeitung*, 24.01.1996. URL: <http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/1996/0124/none/0049/index.html> [Stand 21.09.2008].
- Špahić-Mihajlović, A.; Crayton, J. W.; Neafsey, E. J. (2005): Selective Numbing and Hyperarousal In Male and Female Bosnian Refugees with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(4), 383–402.
- Spasojević, J.; Heffer, R. W. et al. (2000): Effects of Posttraumatic Stress and Acculturation on Marital Functioning in Bosnian Refugee Couples. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 205–217.
- Star, Susan Leigh; Griesemer, James R. (1989): Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, 19, 387–420.
- Stark, Holger (2000): Polizeipsychologin war überfordert. Psychisch labile Ärztin spielte Schicksal. *Tagesspiegel*, 31.10.2000. URL: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/:art270,2285450> [Stand 16.06.08].
- Stein, Hannes (2008): Little Bosnia. URL: [http://www.welt.de/welt\\_print/article2214499/Little\\_Bosnia.html](http://www.welt.de/welt_print/article2214499/Little_Bosnia.html) [Stand 16.07.2008].
- Stiftung Überbrücken (2007): Café am Mittwoch. URL: <http://www.stiftung-ueberbruecken.de/Erzaehlcafes.htm> [Stand 06.12.2008].
- Strathern, Marilyn (1991): Partial Connections. Savage: Rowman & Littlefield.
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Südost Europa Kultur e. V. (2002): Südost Europa Kultur in Berlin. Berlin: (ohne Verlag, direkt über den Verein zu beziehen).
- Südost Europa Kultur e. V. (2003): Newsletter Nr. 9 vom 15. Juni 2003.
- Summerfield, Derek (1997): The Impact of War and Atrocity on Civilian Populations. In: Black Dora; Newman, Martin; Hendricks, Jean Harris; Mezey, Gillian (Hg.): Psychological Trauma: A Developmental Approach. London: Gaskell. 148–155.
- Summerfield, Derek (2003): War, Exile, Moral Knowledge and the Limits of Psychiatric Understanding: A Clinical Case Study of a Bosnian Refugee in London. *The International Journal of Social Psychiatry*, 49(4), 264–268.
- Summerfield, Derek (2004): Cross-Cultural Perspectives on the Medicalization of Human Suffering. In: Rosen, Gerald M. (Hg.): Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies. Chichester [u. a.]: John Wiley & Sons. 233–245.
- Sundquist, K.; Johansson, L. M.; DeMarinis, V.; Johansson, S. E.; Sundquist, J. (2005): Posttraumatic Stress Disorder and Psychiatric Co-Morbidity: Symptoms in a Random Sample of Female Bosnian Refugees. *European Psychiatry*, 20, 158–164.
- Teegen, F.; Meister, V. (2000) Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13, 112–124.
- Textpack (undatiert): URL: <http://www.gesis.org/dienstleistungen/methoden/software/textpack/> [Stand 23.09.2008].
- The Body Shop (2008): Neu! Wellbeing für Körper, Geist und Seele. Werbeprospekt der Firma The



Body Shop im September 2008.

- Thimmel, Stefan (1994): Ausgegrenzte Räume – ausgegrenzte Menschen: Zur Unterbringung von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen am Beispiel Berlin. Frankfurt am Main: IKO – Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Thulesius, H.; Hakansson, A. (1999): Screening for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Bosnian Refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 167–174.
- Todt-Arnold, Martina (2001): Bosnien-Herzegowina und Kosovo: Asylverfahren und Rückführungspraxis. *Der Einzelentscheider-Brief*, 8, Feb. 2001.
- Tölle, Rainer (1982): Psychiatrie. 6. Aufl. Berlin [u. a.]: Springer.
- Tölle, Rainer (2006): Psychiatrie. 14. Aufl. Berlin [u. a.]: Springer.
- Tumani, Visal (2002): Traumatherapie bei ethnischen Minoritäten. Möglichkeiten und Grenzen. In: Özkan, Ibrahim; Streeck-Fischer, Annette; Sachsse, Ulrich (Hg): Trauma und Gesellschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 208–223.
- Turner, Bryan S. (1984): The Body and Society. Oxford: Basil Blackwell.
- Ugrešić, Dubravka (2005): Das Ministerium der Schmerzen. Berlin: Berlin Verlag.
- van der Kolk, Bessel (1995): Psychische Folgen traumatischer Erlebnisse: Psychologische, biologische und soziale Aspekte von PTSD. URL: <http://spiritsofsurvival.opfernetz.de/vanderKolk.htm> [Stand 08.07.07].
- van der Kolk, Bessel; Burbridge, Jennifer A.; Suzuki, Joji (1997): The Psychobiology of Traumatic Memory. Clinical Implications of Neuroimaging Studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 99–113.
- van der Kolk, Bessel; Fislér, Rita (undatiert): Dissociation & the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview & Exploratory Study. URL: <http://www.trauma-pages.com/a/vanderk2.php> [Stand 11.03.2008].
- Verbund der öffentlichen Bibliotheken Berlins (undatiert): URL: <http://www.voebb.de> [Stand 11.03.2008].
- Watters, Charles (2001): Emerging Paradigms in the Mental Health Care of Refugees. *Social Science & Medicine*, 52(11), 1709–1718.
- Weber, Ralf (1998): Extremtraumatisierte Flüchtlinge in Deutschland. Frankfurt am Main [u. a.]: Campus Verlag.
- Weine, S.; Laub, D. (1995): Narrative Constructions of Historical Realities in Testimony with Bosnian Survivors of „Ethnic Cleansing“. *Psychiatry*, 58(3), 246–260.
- Weine, S. M. (1999): When History is a Nightmare: Lives and Memories of Ethnic Cleansing in Bosnia-Herzegovina. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Weine, S. M.; Razzano, L.; Brkić, N.; Ramić, A.; Miller, K.; Smajkić, A.; Bijedić, Z.; Boškailo, E.; Mermelstein, R.; Pavković, I. (2000): Profiling in Trauma Related Symptoms of Bosnian Refugee who Have not Sought Mental Health Services. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188(7), 416–412.
- Weine, Stevan M.; Becker, Daniel F.; Vojvoda, Dolores; Hodžić, Emir; Sawyer, Marie; Hyman, Leslie; Laub, Dori; McGlashan, Thomas H. (1998a): Individual Change After Genocide in Bosnian Survivors of ‘Ethnic Cleansing’: Assessing Personality Dysfunction. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 147–153.

- Weine, Stevan M.; Vojvoda, Dolores; Becker, Daniel F.; McGlashan, Thomas H.; Hodžić, Emir; Laub, Dori; Hyman, Leslie; Sawyer, Marie; Larove, Steven (1998b): PTSD Symptoms in Bosnian Refugees 1 Year After Resettlement. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 562–564.
- Weine, Stevan; Becker, Daniel F.; McGlashan, Thomas H.; Vojvoda, Dolores; Hartman, Stephen; Robbins, Judith P. (1995b): Adolescent Survivors of „Ethnic Cleansing“: Observations on the First Year in America. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1153–1159.
- Weine, Stevan; Becker, Daniel F.; McGlashan, Thomas H. (1995a): Psychiatric Consequences of „Ethnic Cleansing“: Clinical Assessment and Trauma Testimonies of Newly Resettled Bosnian Refugees. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 536–542.
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo Verlag.
- WHO (World Health Organisation) (2001): The World Health Report 2001 – Mental Health. URL: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html> [Stand 26.03.2008].
- WHO (World Health Organisation) (2006): Internationale Klassifikation der Krankheiten. 10. Version. ICD-10-GM. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2006/fr-icd.htm> [Stand 12.09.2008].
- Will, Anne-Kathrin (2002): Ethnische Vergewaltigung: Funktionen innerhalb nationaler Diskurse am Beispiel Bosnien-Herzegowinas 1992–1995. Unveröffentlichte Magisterarbeit. (Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Europäische Ethnologie).
- Wittchen, Hans-Ulrich; Müller N.; Storz, S. (1998): Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigung und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. *Gesundheitswesen*, 60 (Sonderheft), 95–101.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Saß, Henning; Zaudig, Michael; Koehler, Karl (1991): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-III-R. Übersetzt nach der Revision der 3. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. 3., korrigierte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz. 304–308.
- Witterholt, S.; Jaranson, J. M. (1998): Caring for Victims on Site: Bosnian Refugees in Croatia. In: Jaranson, J. M.; Popkin, M. K. (Hg.): Caring for Victims of Torture. Washington: American Psychiatric Press. 243–252.
- Xenion (a) (undatiert): Zahlen und Fakten. URL: <http://www.xenion.org/de/xenion/zahlen-und-fakten> [Stand 26.07.2008].
- Xenion (b) (undatiert): Krisendienst. URL: <http://www.xenion.org/projekt/KRISENDIENSTE.HTML> [Stand 06.12.2007].
- Xenion (c) (undatiert): URL: <http://www.xenion.org> [Stand 06.12.2007].
- Yehuda, R.; Schmeidler, J.; Elkin, A.; Wilson, S.; Siever, L.; Binder-Brynes, K.; Wainberg, M.; Aferiot, D. (1998a). Phenomenology and Psychobiology of the Intergenerational Response to Trauma. In: Danieli, Yael (Hg.), *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York: Plenum. 639–655.
- Yehuda, R.; Schmeidler, J.; Giller, E. L.; Siever, L. J.; Binder-Bryners, K. (1998b). Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 841–843.

- Yehuda, R.; Schmeidler, J.; Wainberg, M.; Binder-Bryners, K.; Duvdevani, T. (1998c). Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1163–1171.
- Yehuda, Rachel; Engel, Stephanie Mulherin; Brand, Sarah R.; Seckl, Jonathan; Marcus, Sue M.; Berkowitz, Gertrud S. (2005): Transgenerational Effects of Posttraumatic Stress Disorder in Babies of Mothers Exposed to the World Trade Center Attacks During Pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(7), URL: <http://jcem.endojournals.org/cgi/rapidpdf/jc.2005-0550v1> [Stand 24.03.2008].
- Young, Alan (1992): Reconstructing Rational Minds. In: Lachmund, J.; Stollberg, G. (Hg.): The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present. Stuttgart: Steiner. 115–124.
- Young, Alan (1993): A Description of How Ideology Shapes Knowledge of a Mental Disorder (Posttraumatic Stress Disorder). In: Lindenbaum, Shirley; Lock, Margaret (Hg.): Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine in Everyday Life. Berkeley [u. a.]: University of California Press. 108–128.
- Young, Alan (1995): The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. Princeton: Princeton University Press.
- Young, Alan (1996): Bodily Memory and Traumatic Memory. In: Antze, Paul; Lambek Michael (Hg.): Tense Past. Cultural Essays in Trauma and Memory. New York: Routledge. 89–102.
- Young, Alan (1997): Suffering and the Origins of Traumatic Memory. In: Kleinman, Arthur; Das, Veena; Lock, Margaret (Hg.): Social Suffering. Berkeley: University of California Press. 245–260.
- Young, Alan (2004): When Traumatic Memory Was a Problem: On the Historical Antecedents of PTSD. In: Rosen, Gerald M. (Hg.): Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies. West Sussex: Wiley. 127–146.
- Zaumseil, Manfred (2007): Vortrag im Labor Medizinanthropologie am Institut für Europäische Ethnologie am 03.07.2007.
- Zeit, Thomas; Jung, Hans-Peter (Hg.) (2004): Psychiatrische Anamnesen im Gutachten. 2. vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart: Gentner Verlag.
- Zens, Josef (2005): Manchmal dauert's leider länger. *Verbund Journal*, (2) 2005. URL: <http://www.fv-berlin.de/pdf/interview.pdf> [Stand 11.09.2008].
- Zola, Irving Kenneth (1972): Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, 20(4), 487–504.

## 9 Anhang Endnoten

<sup>a</sup> Frau Lisac: Da, *Duldung* ja. Doduše ja sam imala samo jednom na dvanaest mjeseci, samo sam uvijek dobivala šest dok su drugi stalno dobivali dvanaest mjeseci. Jedino sam ja dobivala na šest, a nikada mi nije bilo jasno zašto.

<sup>b</sup> Herr Džaferović: Živio u hajmu sedam godina s majkom u jednoj sobi. Došla mi je žena i dvoje djece nakon dvije godine. Opet u jednoj sobi šesnaest kvadrata a nas petero. Ali, kada se sjetiš nekada si imao veliku avliju, nekada si imao veliku kuću, imanje pored neke dvije rijeke, blizu more, smokva, ono voće. Tu si jednostavno osuđen da ideš sa svakom bagrom na jednu šolju, da kuvaš na istom šporetu, sve je to teško padalo]

<sup>c</sup> Herr Džaferović: Ja sam i ovdje bio u logoru. Kada ti izađeš iz jedne patnje i dođeš u drugu patnju onda te to još malo više opterećuje. Opterećuje te ono hoćeš na tamo da zaboraviš ali tu si, tu doživljavaš isto neke scene neke krikove, galamu, vriskove, plač. Znaš, opet je to duplo [...] Ne možeš se ti kako da kažem oporaviti jednostavno.

<sup>d</sup> Herr Kapić: Većina ljudi je pokušavala da radi na crno jer nisu imali radne dozvole. [...] Neki su radili na crno zato što im je jednostavno bilo dosadno da kod kuće sjede. Drugi su rekli sutra će se završiti rat mi moramo nazad kako ću ja bez para nazad moram da zaradim. Treći su rekli da pomognem mojima koji su u Bosni. Sve su to jaki argumente, jel. Ali, pred zakonom to ne važi. I šta je još strana toga, bili su sretni oni koji su uspjeli da dobiju novac koji su na crno zaradili, puno njih nije dobilo novac.

<sup>e</sup> Frau Rajlić: To to to je nešto bilo najteže. Još socijalni [slučaj], socijalna pomoć meni je bilo užasno. Jer, kod nas socijalnih slučajeva nije bilo jako puno. A drugo ja nisam nikad. Ja sam radila.

<sup>f</sup> Herr Osmić: Da radim, volio bih da mogu da radim da sam zdrav sada da radim. Mislim, ja mislim ako bih radio bar tri četiri sata ako bih radio da možda bi mi bilo lakše, znate. (...) Ali, ovako je više, kada sjediš onda razmišljaš o tome i vraćaš se nazad kako je bilo, šta je bilo. Da li ćeš se vratiti dole, da li nećeš, da li šta ja znam.

<sup>g</sup> Herr Džaferović: Ili ja nešto to uštedio od ove socijale, pa je poneo negdje ili sam ostavio isto to što su mi dali. [...] Sve je to u redu to je tako logički. Ali, šta ja sutra kada ostarim? Od čega ja da živim? Ni od čega.

<sup>h</sup> Herr Džaferović: Ti si Ausländer ovdje ti se vratiš u nas ti si opet dijaspora znaš, zovu dijaspora. I tamo smo Ausländeri. Tako da više mi ne pripadamo nigdje. E sada se pitaš ono da li bolje onda kada smo izlazili odozdo da li bolje da smo ostali dole ili da smo ovamo išli. Neko, ja sam recimo morao ovamo ići. Nisam mogao nikako se tamo. Da li je bolje onima dole što su u svojim kućama ostali. Imaju sada svoje kuće imaju sada svoj mir imaju svoju baštu žive normalno. Ili da li je bolje što smo ovdje. Teško je to ovaj, znaš.

<sup>i</sup> Frau Nuhanović: I eto tako sam počela i davala ateste i međutim djeci to nije pomoglo. Djeca su bila samostalna, punoljetna. Oni su morali napustiti ili u Bosnu, ili Amerika, Australija ili Kanada. Oni su izabrali Kanadu i morali su tamo odseliti, izašli su, otišli su. [...] Eto. I eto hvala bogu djeca su mi živa, pa jesu na kraju svijeta, ali živi su i zdravi. I to me tješi, samo me to još drži.

<sup>j</sup> Herr Šeferović: I tako da su išli ti ljudi tamo i liječili se od toga bili i kažem Kasnije su otišli svako svojim putem i sada faktički nema niko od tih logoraša ovdje. Jedino sam ja ostao, ovo sve se razišlo.

<sup>k</sup> Herr Tomić: Dosta ih je otišlo za Ameriku od ovih što sam ja sa njima. Oni su otišli u treće zemlje, ali opet imao sam želju uvijek da se vratim kući da vidim i da živim tamo gdje sam gdje sam se rodio. Čini mi se najbolje se osjećam tu gdje sam se rodio premda i znam da. Svestan sam sve mislim na svega. Ali, ovo nije za nas starije. Nije, nije. Drugo je kada ti ideš u svoju baštu u svoje, ono sve obideš. Ono tvoje opet tvoje nekada kada si mal bio pa sve ostaje ti.

<sup>l</sup> Frau Marković: Pa, mi smo onda jedva izašli. A, druge su opet kupili noću. Po nekoliko kamiona noću oko dva tri sata puke i odvedu. Šta im nisu radili sve. A onda kada sam ovdje ja došla onda su mene pokupili ovdje u pola pet mene i moje djetu. Ujutro u pola pet. I to na jedan grozan način. Kada su, imala sam zaštitu, što je najgorje pismeno sudsku zaštitu i oni su to znali. Što je značilo to u pola pet ujutro, mrak je. Sedamsto ljudi spava u toj zgradi. I oni još kada ja otvorim vrata poturi mi nogu ovako između vrata i dovratka. Kao da sam ja neki kriminalac.

<sup>m</sup> Herr Tomić: Ja advokat sam ja, ja sam sam. Jer, imao sam onaj *Duldung* stalno po godinu dana. Zato što sam išao doktoru imao sam stalno. Na jedamput prekinoše, sedam dana. Sedam dana, sreća ja odmah advokata uzmem. Plaćao ga i tako. Advokat mi je ovaj. Plaćao sam ga dvaput mjesečno po pedeset. Pedeset maraka, sto, kako kada. Kaže kako, koliko imaš ja ti garantujem, kaže, da ću te držati. Koliko budeš držao toliko ću ti dati. Ja ti ne mogu dati kada nemam. I tako po pedeset to mu je došlo.

<sup>n</sup> Frau Nuhanović: I onda negdje nakon godinu dana, ja sam već bila kod doktora B., jednom smo otišli na vizu i dobijemo onaj *Grenzebescheinigung*, da idemo preko granice u roku od dva mjeseca da napustimo. To je za nas bio veliki stres. Kuda? Rat je tek bio gotov u Bosni, tek se ono potpisalo primirje i to. I šta ćemo? Čujemo mi da se ide advokatima. I odu u mene djeca nekome advokatu sa nekim kolegom tamo na savjet i tamo. I on je rekao, neki socijalni advokat, da li ide mama ili tata idu kod doktora, da li se liječe? Imaju li kakve te? Tek smo tada prvi put saznali zato, za te ateste. Onda je sin rekao, mama ide kod doktora B., već dugo. Pa, kaže, kako nije od njega uzela atest pa ponjela? Pa kaže, nismo znali. Jer dosad smo uvijek dobijali *Duldung* i ono, bili zadovoljni, tri mjeseca, šest mjeseci, hajde ovaj. I onda je on rekao da ja odem kod doktora B. da uzmem atest i da njemu donesem da će on poslati nama na policiju. I tako je i bilo.

<sup>o</sup> Frau Bašić: Tako da smo sve jedna drugoj preporučivale. [...] Priča se biće i lakše za boravak i dobijaće se boravak na osnovu toga na te ateste. I tako stvarno je i bilo. Ma da, na početku nije dosta svijeta nije ni vjerovalo.

<sup>p</sup> Herr Džaferović: Ne, ne nisam se nikada liječio. Liječio direktno ovako da sam imao mjesečno termin. Ustvari nisam ga mogao dobiti na klinici, teško je dobiti termin znaš. Ali, jednostavno sam dokazivao termine za ateste. Tako sastanemo se sat vremena ispričamo šta osjećamo, da li se znojimo, ovo, ono znaš i ono, tako ispričaš i dobiješ atest i eto, odnosno stvarno ga dobiješ sutradan.

<sup>q</sup> A.W: Je li to bilo razočarenje? Herr Kapić: Pa, možda teška riječ razočarenje. Ali, možemo reći iznenađenost recimo. Znaju naši ljudi da se žale i kažu imali smo *Duldung* sada imam ovo, ali sada moram sa Job-Centrom da

ratujem, sada moram da ratujem sa ovima i sa onima. Opet ratuješ sa nekima, ali na jednom drugom nivou. To je to. [...] A ovo što su neki išli tražiti ponovo ateste da ne mogu raditi.

<sup>r</sup> Frau Marković: Jer ja znam da nije ni Njemačkoj lako i oni imaju svoje socijalne probleme koje ne mogu da riješe. Koje je teško riješiti. I normalno da smo mi bili teret, materijalni teret. Što jeste, jeste. Ali, ako me već neko primi u svoju kuću onda neka me poštuje me kao čovjek.

<sup>s</sup> Herr Imamović: Došao sam jednostavno u tu situaciju da sam, da mi je dolazilo vremenom da nisam mogao uredno spavati. Ili, eh, ta nesanica i eh, ružni snovi. Ovaj, dolazilo mi je to. Ja nisam jednostavno tek, kako bih rekao, izbjegavao sam to da idem kod psihologa. Ma da sam ja imao tih preporuka da idem prije, jer kod nas je bilo tako kako da se objasni? U bivšoj Jugoslaviji u Bosni-Hercegovini onaj tko ide kod psihologa smatrao se ludim. I onda je ta, kako bih objasnio? Ta ta ubjeđenost u to eh, ja sam jednostavno se stidio toga da mi ne kaže neko „on je poludio ide kod psihologa“. Da kažem nisam. Misli se na ono baš ono kada niko više kontrole, na to ludilo tako se smatralo. Jer kod nas svi oni koji su išli kod psihologa, psihijatra da se nisu smatrali normalnom osobom. Međutim ovaj, ja sam na kraju krajeva morao se, da zatražim pomoć kod ljekara opšte prakse on je. On mi je onda rekao da idem kod psihologa da više ne čekam, jer sam ja.

<sup>t</sup> Herr Kapić: I kada smo čuli recimo da je neko kod psihijatra ovdje jel ja sam lično mislio da je to jedan težak slučaj i ja sam mislio da je to neko preporučio da ide psihijatru. Ne, čovjek kaže „ne ja nisam znao da je to psihijatar, ja sam čuo da mogu na terapiju“.]

<sup>u</sup> Herr Imamović: Ali mi je pomoglo da nisam se javio kod psihologa ili psihijatra. [...] Da nisam eh, pristupio liječenju možda i ja bih do sada bio mrtav. Ili eventualno potpuno lud. [...] Da je nastavljeno dalje onim tempom i da nisam stupio u liječenje.

<sup>v</sup> Herr Imamović: Pa, imao sam preporuka od ovako poznanika, prijatelja. [...] I čak je se to nekada odražavalo i na porodicu na djecu, na na suprugu gdje sam tu nervozu ispoljavao na ženi i djeci, sam galamio.

<sup>w</sup> Herr Imamović: Da nebih napravio neki veliki ekces da nebih naneo tjelesne neke povrede djeci

<sup>x</sup> Herr Šeferović: U početku sam odmah krenuo isto kod psihatra. Sam krenuo iz početka. Liječio sam se. Pio raznorazne tablete. Onda injekcije su mi neke isto za smirenje udarali. [...] prvi doktor ja mislim da mi je bio B.. Pošto on jezik znao. Priča moj jezik tako da sam kod njega onaj devedeset četvrte u početku. [...] Reče mi neki ljudi pošto je meni tada pomoć trebalo. Neki koji su već ovdje bili. [...] Isto su me odveli neki ljudi koji su znali za moj slučaj u Behandlungszentrum. I tamo sam bio godinama kod njih na terapijama. [...] I tako non-stop promjenio sam mnogo psihijatra. I dan danas imam dva psihologa, imam psihijatra, neurologa šta ja znam. Idem tamo pijem tablete te što se tiče psihe. Više vremena intervala mi je loših već dobrih bez obzira na tablete. Jer ja sam imao isto šta ja znam te devedeset pete sa sobom sam se ljujao. [...] I tada sam onaj raznoraznim doktorima tamo vamo i na kraju u bolnicu. U hitnoj sam završio.

<sup>y</sup> Frau Nuhanović: Sa spavanjem sam odmah imala problema. Ali ono tek smo došli nismo znali ni, ništa. [...] I nismo jezika znali. Bilo je naših tih doktora, ali nismo znali, ali eto mi smo ipak u ulici imali jednu krasnu doktoricu, Njemicu, [...] i tako da je, da smo kod nje išli, eto, sin mi je već znao nešto njemački pa je onda on prevodio iz početka. I tako par mjeseci. Onda kad je ona vidjela više da mi je potreban psihijatar da mi je potrebno za razgovor da te tablete mi više ne djeluju, što ona smijela dati što nije smijela dati. Ona ne smije one jake i to. Znaš, da. Ona mi je dala uputnicu za psihijatra. I onda sam ja čula za doktora B. pošto nisam imala eh koga da prevede da kaže ono svojim riječima kako i šta. Čula sam da on govori naš jezik i otišla sam sa jednom prijateljicom kod njega sa uputnicom i tako sam krenula kod njega i evo godinama idem već.]

<sup>z</sup> Frau Halkić: Uopšte to nisam primjećivala. Imala sam tu svoju traumu, imala sam te svoje psihičke probleme sa nekom, hm, terapijom ili tako nečim nisam ni razmišljala o tome. I onda sam tek, u Berlinu sam došla dvije, eh, devedeset treće godine. Tek devedeset šeste sam, ustvari sam imala problem sa *Abschiebungom* i ovaj, onda sam došla u Südost da potražim pomoć. I onda su oni rekli kakva mi se pomoć može pružiti ako radim tu terapiju da sa tom potvrdom već kako to dalje ide. Tako da sam tada počela sa terapijom.

<sup>aa</sup> Frau Rajlić: Prijateljica je došla i donjela mi je adresu i rekla da tu, pošto tada ja nisam znala da govorim njemački. Da je dobila od nekoga, kako to kod nas inače ide lančano, pa posebno kada smo živjeli u hajmovima sve je bilo poznato. Onda je ona došla i donjela mi adresu i broj telefona. Tako da sam ja nazvala Frau P. i ona mi je dala termin da dođem na razgovor.

<sup>bb</sup> Frau Bašić: To devedeset sedme čula sam od jedne žene iz Srebrenice tu dolazila. Koleginica i familija malo. Ono da ima ta neka grupa u Südost centru šta li je. I ja sam tako pošla s njom. Ona me zvala. Šta sjediš u kući, bolje ti je, hajde u grupu. Ne možeš ti ništa s tim što sjediš. Ono kako koji dan sve mi je bilo gore. [...] I ja pođem s njom.]

<sup>cc</sup> Frau Nuhanović: Imam familije ovdje koji su stanovali po hajmovima. I onda znate da se u hajmovima sve znalo. [...]. A inače u stanu ono, rijetko se šta, teško se šta da se sazna, ali eto pošto mi imamo, imam familije dosta pošto smo ono svi protjerani odatle onda dosta nas je došlo u Berlin i tako da sam preko njih saznala.

<sup>dd</sup> A.W.: Onda na terapije ste isto bili, na psihoterapije?

Frau Nuhanović: Eh, psihoterapije nisam bila. Jednom sam bila samo, a nisu mi ne znam šta da vam kažem, da su mi toliko pomogli i šta da, da, da. Nisam.

A.W.: Gdje ste bili?

Frau Nuhanović: Bila kod B. isto.

A.W.: I na psihoterapije?

Frau Nuhanović: I na psihoterapije. Ja.

A.W.: I kod Z. isto idete?

Frau Nuhanović: Ja, kod Z. idem. Ja, to su, drugo, to je drugo! Ja ne računam da su to psihoterapije. Ja, ja. Ja to kod Z. idemo. Jest, svaki mjesec idem kod Z. na, ja idem u grupne terapije. Ne idem u samostalne terapije. Idem. I bude mi jako lijepo poslije tih terapija. Onako kada se ispričamo fino i Z. nam lijepe savjete da kako da se ponašamo kako da, da živimo da odbacimo od sebe te, što god možemo više probleme i to. Da, da što više na sebe pažnje po, posvjetimo i stvarno mislim. Ja sam zaboravila da su to psihoterapije. [smije se]

<sup>ee</sup> Herr Osmić: Ja ne mogu da kažem da ja vidim tu ti nešto neki efekat za poboljšanje zdravlja. To ne mogu da kažem da ja vidim. [...] Nije ništa bolje. Još nekada ako se počnje pričati, pazi, počnje se pričati kako je onaj doživio ono, kako je onaj doživio ono, kako je u onoga pobijena familija ondje na kakav način kod onoga, onda kada ja pričam što je bilo kod mene, kako sam ja život taj prošao, kako mi je familija poubijena poslije kada počnem da pričam. I onda mi to poslije šta ja znam poslije to me više rastrese i onda me to više i utiče da vam iskreno kažem onda mi to utiče znate. Jer ne možete ti sada nikome kazati znaš šta nemoj pričati o tome daj da pričamo nešto. Nego svako hoće da priča neku svoju priču.

<sup>ff</sup> Herr Imamović: Eh, meni lično te terapije su pomogle. Ma da je bilo trenutaka kada smo slušali ili pričali doživljaji koji smo doživjeli te traume ili ne znam ni ja kako bi drugačije to rekli. Eh, nešto što nam je loše se desilo u, kako je počeo taj rat izbilo i, ovaj, i slušanje od drugih koji su bili u grupi. Nekad sam da kažem, ne uvijek, u nekim pričama dosta slučajeva doživio sam hm, o osjećaj sam imao bola, osjećao sam. Jer mi je to pogodilo kao nečija priča kako mu je se desilo i kako mu se još moglo još desiti. I kako je doživio taj strah, to tu patnju i jer su mnogi bili u logoru. Mnogi su bili mučeni, mnogi su fizički napadani, psihički maltretirani. I tako da taj sav strah koji su oni ili ja ili doživjeli da ehm, nama često puta ta pogodila priča od tih kako bih ih nazvao? Kolega iz grupe. I ovaj, nekada sam doživio ali nije samo ja, bar po priči drugih, i neka olakšanja kada ispričamo taj događaj, priču šta se desilo i ovaj.

<sup>gg</sup> Herr Džaferović: Dva puta u sedmici tako družili se, nekada i malo fešte one znaš i tako. U suštini nije bilo loše znaš. Isnosio svako svoje što je doživio. I tako pričali i eto ono kao jednostavno da se zna šta je bilo. I ono kako ide, nikada se ne ponovi, je li?

<sup>hh</sup> Frau Bašić: Grupe stvarno su pomogle svima. Ja ja mislim nas niko ne može izliječiti da mi ne, da mi to budemo potpuno. Tko je god nešto preživio i ma ne mora biti da je bio u ratu, ali mu je nestao, nestao mu je brat, otac šta ja znam i djeca i sve. To niko nas ne može izliječiti dok smo živi. Ali, na osnovu kakva sam bila ja sam sada dobro. [...]

A.W: Jeste li nekome dalje preporučili to liječenje?

Frau Bašić: Je, pa jesmo sve smo žene na primjer koje su se poznavale jedna drugoj koja nije bila prije uključena. Ti ako je vidiš onda kažeš hajde u grupu lakše će ti biti, bolje će ti.

<sup>ii</sup> A.W.: Jeste li vi nekome preporučili to?

Herr Osmić: Dobro ja jesam. Mislim, govorio sam šta ja znam svakome i to sve da ide. I onda dobro ide, ljudi dosta idu, ima tih dosta grupa to ovdje u Berlinu, znate. Idu sada.

<sup>jj</sup> Herr Kapić: I kada je čovjek s time opterećen da mora izaći iz svog mjesta iz tog mjesta gdje stanuje gdje živi. Može se reći da bi morao da pokuša da razvija neke svoje aktivnosti. Naravno moramo uzeti u obzir da sam proveo skoro cijelu devedeset četvrte, da cijelu devedeset četvrtu godinu rat je trajao i ja nemam kontakata sa mojima koji su ostali tamo u ratu. I to je to me stvarno enormno opterećivalo. Kako ja mogu sebe opustiti ovdje i recimo zabavljati se i ići u kinu, ali znam da su tamo oni ostali u toj situaciji. Barem da bih imao mogućnost da telefoniram pa bi bilo lakše makar da se čujemo. Ali, tada nije moglo ni telefonirati se. [...] Naravno nemam telefona, kupim karticu, pa idem u govornicu, ispred govornice red noću. Kažu noću da je lakše. I sve je to bilo nešto što je čovjeka, da, ja tako kažem izbezumijevalo ali, s druge strane svijest da se nalaziš na sigurnom. Ti si na sigurnom više ti se ne može ništa loše desiti u onom smislu kako što se moglo u ratu da se desi. Ali, saznanja da su oni tamo ostali u istom tome i da to traje još. To to nije možda nije trauma u pravom smislu riječi ali, jeste jedno opterećenje, jeste jedno opterećenje.

<sup>kk</sup> Frau Avdagić: Ja dođem i slušam I. kaže „vi morate ovo, vi morate ono“.

<sup>ll</sup> Frau Bašić: I meni je Frau R. stvarno mi je rekla da uopšte o tome ne mogu da pričam. I ne trebam da pričam. [...] Jer tada nismo nikako zamišljali da li će iko ostati živ. Pošto znao već cijeli svijet šta je bilo i kako i snimci imaju i sve. Tada je najteže bilo. Ali, opet nisam se uopšte bojala sebe. Nisam zamišljala za sebe. Samo sam molila boga da ubiju mi djecu prvo da vidim očima ako će ih ubiti da ubiju njima pa da onda mene da nebih gledala da ih pate. Tako žena na kraju ona doktorica što je bila, ona kaže, onaj kao daću vam ja onu tu potvrdu. Potvrdiće me da sam traumatizirana. Kao što jest bilo teško sve to preživjeti. I inače ne mogu o tome da pričam.

<sup>mm</sup> Herr Imamović: Psiholog ti govorio kako ćeš da se ponašaš. [...] Sve je to zavisilo u, od situacije koja se odigravala u uopšte u Bosni-Hercegovini, u Njemačkoj vezano za status, statut ovjde boravka, o vraćanja tamo. Od od samog početka toga rata i do do do i današnjeg dana. [...] Kada čovjek razmišlja, eh, da je mogao da normalno bude u svojoj kući, da bude, da ima svoj posao, da djeca budu u svojoj kući, da normalno posjećuješ svoje familiju, svoje bližnje te. Eh, da to i razmišljaš da sa ti ovdje od danas do sutra. Da ti svakog momenta može da ideš a nemaš nikakve egzistencije za dalji život onda to naravno da to ne može biti čovjeku jednostavno i da budemo tu baš isto.

<sup>nn</sup> Frau Avdagić: Ja sam i prije primjetila ali nisam znala da je to sve povezano s tim. Ali sada na primjer kada ja kažem Ireni «zašto me sve boli, sve nervira, sve sekira, ono stres doživim za svaku sitnicu. Ona kaže «i to je» kaže «bolest i to je posljedica toga. Ono tog šta si preživjela.» I napetosti valjda te. Ono non-stop si nekako napet, napet, malo mi treba da ono šta ja znam. Sve me nervira. Sve. Sve.

<sup>oo</sup> Herr Imamović: Naravno ja ne mogu nikada više biti eh, eh, zdrav kao što sam bio zdrav. [...] Recimo devedeset druge godine kada je počeo rat da kažem da je sada isto. Ne može biti isto. Prvo fizički jer organizam je stariji, psihički da ne pričam. Sve ovo što se preživjelo nema, nema ne vjerujem da je neko da kaže, pa isto je. Jer ovaj eh, ta psiha koja ubija čovjeka iznutra, to može samo da zna onaj, tko, koji je to, koga je to desilo.

<sup>pp</sup> Herr Tomić: Jer inače da je ovako bilo ja nebih mogao ovaj izdržati stalno te. A sada je ohladio što vam kažu ohladi se. Sada sam se ohladio sada može sada. Vidio sam mislim sagledao sam stvari kako bih rekao? Sagledao sam stvari da ja ne mogu ništa, ne možeš glavom od zida. Znači pomiri se sa sudbinom. Šta je da je. Ako nije se moglo promijenio sam da sam popio ili propao skroz, prolupao. Mislim da sam prolupao kada sam počeo sam sa sobom pričati. I to, to je. Više puta sam ja prije sam zamislim se i ode, ode pamet. Ne znaš kući. A sada sam ja super. Ne mogu kazati.

<sup>qq</sup> Frau Halkić: I eto ja sada tu svoju tugu, ja sam jako tužna i jako sam se povukla. Ja sam puno bila prije rata puno aktivna. Mislim normalno nisam imala, jedan dobar posao prije sam imala ono krene se ujutro. Ovo, pokazivala sam svoje vrijednosti. A ovdje niti to možeš kome dokazati niti imaš šance, niti koga interesuje. Eto, možeš ići da čistiš. Onda se osjećaš bijedno.

<sup>rr</sup> Frau Lisac: Dok sam radila to mi nije falilo. Jer sam imala jako fin posao, bila sam zadovoljna sa mojim poslom. Bila sam zadovoljna sa mojim radnim kolegama, sa mojom šeficom. Radila sam u biblioteci gdje je jako mirno. Nema stresa. Stvarno sam bila zadovoljna, jednostavno terapija mi nije bila potrebna, mislim terapije, grupna terapija mi nije bila potrebna, premda da idem *regelmäßig*, redovno idem kod moga doktora, jer moram to raditi zato što još uvijek uzimam terapiju, uzimam tablete.

<sup>ss</sup> Herr Džaferović: Ja u stvari pitao sam te psihijatre jesmo li mi ljudi? Jer meni se čini najbitnije je bilo biti ovdje lud pa da dobiješ taj Duldung, Aufenthalt. A ne biti normalan da vrijediš ništa više. Trebao biti nikakav da bi imao Aufenthalt ili onaj Duldung. [...] Ja ono nisam bio toliki bolesnik, jer neko se hvali da je bolestan znaš. Meni su kolege napadali, ti se ne liječiš ne primaš injekcije, tablete. Ja nekako mislim pa da bog da mene ujutro protjerali pa ja dole patio od gladi a bio zdrav nego bio ovdje bolestan a dobio *Aufenthalt*. Mislim to je glupost sasvim. Ja nisam nikad bio taj tko kaže idem ja doktoru, liječim se, boli me ovdje, boli me ondje dok nije za mene. Za mene je bilo onda trauma jednostavno nisam mogao ostvariti jednostavno jedino pitanje koje mi je bilo: zašto? Zbog čega? Jer glupost u dvadeset prvom vijeku ili da ti ne možeš otići kao čovjek u WC mislim, je li tako? Dovoljno je to trauma. Što ja moram sada piti neke tablete da sam lud. Onda sam lud nisam traumatiziran, je li tako? Ili sam bolestan.

<sup>tt</sup> Herr Šeferović: Pa ne postoji sada ništa faktički. Nema ništa. Ja recimo ako trebam neki savjet ili pomoć ja nemam kome da se obratim. Evo kao logoraš. Jedino da odem advokatu i advokat da me zastupa. Eto mislim to je žalosno ali to je to je tako. Jednostavno nema. [...] Što znam recimo tako taj Behandlungszentrum. [...] bilo kada da dođem gore to je sigurno da mi pomoć treba oni bi mi uvijek pomogli. A ovo drugo nema niko jednostavno.]

<sup>uu</sup> Frau Nuhanović: Prije sam bila zdrava, radila sam dole u Bosni što se tiče toga. Radila sam isto kao službenik, ne znam da sam bila kod doktora, jedino kod zubara i kada sam rodila djecu. A ono, eto, radila sam dvadeset i dvije godine, dvadeset tri godine radnog staža imam dole. Eh, jedino kada sam došla ovamo. Došli smo u najbolje godine, prestali smo raditi. Radne dozvole nismo mogli dobiti, mi kada smo došli bar tada već su bile ukinute radne dozvole sa Duldungom. I onda znate problemi ostao si bez igdje išta, protjeran u stranu zemlju ne znaš jezika, ne znaš prava. [...] Onda kada je, podoše nas vraćati a nemaš gdje. I to, eto meni je to pomoglo da opstanem radi tog psihijatra, radi lijekova, radi toga. Ali mojoj djeci nije moglo pomoći. Moja djeca su morala napustiti Njemačku. Pošto su došli punoljetni ovamo, bili su zdravi, nisu imali načina da ostanu, Njemačka je ostavljala samo bolesne i maloljetne. [...] Kada smo došli u najboljim godinama, mogli raditi i sve, nisu nam dali da radimo. Sada više i ne možemo i ne tražim posla. Sada sam na Grundsicherungu, pa sada, dalje kako bude bude. Želja mi je jedino da odem još da vidim djecu da vidim gdje žive, kako žive i to ali ostalo, to.]

<sup>vv</sup> Frau Nuhanović: Rekla sam da se ne smatraju ludim. [smije se] Da je dobro, bar u našoj situaciji. Jer ovo što smo mi doživjeli, čovjek tko je to ne doživi to je jako teško shvatiti. [...] Ali, eto ovi koji su ostali živi opet neka, svako se snašao na svoj način. Samo onih mrtvih nema nikada. Eto. I eto hvala bogu, djeca su mi živa, pa jesu na kraju svijeta, ali živi su i zdravi. I to me tješi.

<sup>ww</sup> Frau Nuhanović: Jest, jest, prijateljica je bila sa mnom prvi put ono. Znae kako je kod nas bila izreka? Kod psihijatra idu samo ljudi, da izvinite. [smije se] A ne znam ja se nisam osjećala luda. [...] To sada normalno shvaćam, [...] da ja moram ići, da mi je potrebno i da mi djeluje, [...] da mi pomaže. To je sada, sada mi je sasvim normalno. Ali prvi puta! [smije se] Prvi put je bio jako teško, ali eto, čovjek se na sve navikne, na sve.

<sup>xx</sup> Frau Nuhanović: Kada tih par problema riješi se ipak je lakše, nekako čovjek je zdraviji, zdraviji. Jer život zavisi i zdravlje puno od problema u životu, puno. A, naročito na psihi. Jer to sam, to sam kroz ono svo vrijeme koje sam ovdje, koje idem eto liječim se i živim, to sam shvatila. Da mnogi problemi na psihi utiču.

<sup>yy</sup> Herr Kapić: I ti koji su dolazili ovdje naravno nisu uvijek prevashodno došli prije svega za terapiju. Oni su došli da vide šta mogu dobiti pomoći. Pomoć je kurs njemačkog, pomoć je bolji smještaj u nekom Wohnheimu, jer se ovdje bavilo time, ali i terapija. Jer Bosiljka je sa svim njima razgovarala i pitala odakle ste, koliko ste članova porodice, šta ste gdje ste bili. I ljudi kada kažu recimo da dolaze iz Sarajeva ili šta ja znam iz Bihaća ili tako nekih mjesta koja su bila poznato po izloženosti ratnim dejstvima. Pretpostavlja se da im je potrebno takva pomoć. I ona im predloži ako ima. I obično je imala za takve.

<sup>zz</sup> Frau Lisac: Pa ja znam sjećam se da sam trebala ići na policiju. Nisam imala pojma šta je atest, nikada čula za atest. I tada sam imala razgovor pojedinačni sa Z. i onda je Z. meni rekla, Marija ti si već dugo kod nas u Behandlungu, ti imaš pravo na atest. Rekoh šta je atest? Kaže ona, ja ću napisati za Behörde da si ti ovdje i šta te muči i kako te muči. I eto, tad sam ja saznala za taj atest. Kada sam ga pročitala od Z. kada sam uzela od Z. i ponjela na Behörde, ja pola tih izraza nisam razumijela. Jednostavno nisam znala šta je atest.

<sup>aaa</sup> Frau Lisac: Pa, oni u principu odmah na početku sumnjaju u ateste, to je njihova startna misao da sumnjaju u ateste. Tako oni pođu. Oni tretiraju svakog čovjeka kao da je slagao, kao da je prevario, kao da je, kao da je ovaj folirant, simulant. I tako dalje. I tako su mnogi ljudi doživjeli ponovo slomove zahvaljujući takvoj, takvom tretmanu.



Nisam samo ja. Ja sam čula da su mnogi ljudi doživljeli poteškoće poslije tog ispitivanja, ne samo ja.

<sup>bbb</sup> Frau Lisac: Pa, oni su me pozvali na ispitivanje, to kako se zove taj *Gutachten*. I onda je žena koja je vodila taj *Gutachten* pretjerala. Ona je jednostavno pretjerala, izvršila veliki pritisak na mene nije procijenila dobro u kakvom sam ja psihičkom stanju i tada mi se to desilo. [...] Ona se, ona, ona je mene ismijavala. Ona je ismijavala moje probleme, ona je bila tako arogantna i tako je bila gruba u nastupu da ja, da se ja pitam ko je joj dao uopšte diplomu da ona bude ljekar.

<sup>ccc</sup> Frau Marković: Svako je pobjegao od smrti od pokolja od tog užasa. I logično je da su ljudi traumatizirani.

<sup>ddd</sup> Herr Rogonja: Pa u suštini većinom za ateste. Znaš kako ja ono nisam bio toliki bolesnik, jer neko se hvali da je bolestan znaš. Meni su kolege napadali ti se ne liječiš ne primaš injekcije, tablete.

<sup>eee</sup> Herr Džaferović: Eto u glavnom, esto, imali smo te imali su ti doktori psiholozi razumjevanje prema nama. Valjda smo i zbog toga eto kao traumatizirani ostajali tu. Da li je to to ne znam.

<sup>fff</sup> Herr Šeferović I rekao sam tada doktoru H. i tako. I onda on meni kaže ne boji se tebe ne može niko protjerati mi stojimo iza tebe. Jer ti nisi za vraćanje za dole i tako. I on je napisao atest. [...] On mi je isto posavjetovao šta ću kako ću. [...] I tada je policija to akceptirala i prihvatila. Znači, tada nisam imao nikakve dalje problema.